

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

Contributo da família para o processo de institucionalização do idoso

Tânia Isabel Calhau Casqueira

Beja

2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

Contributo da família para o processo de institucionalização do idoso

Elaborado por:

Tânia Isabel Calhau Casqueira

Orientado por:

Prof.^a Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Beja

2016

Ser idoso

é ter a coragem de olhar para frente
E dizer que traz consigo
um mundo de conhecimento.

Ser idoso

é ser gente.

Ser idoso

É poder dizer que tem a dádiva da vida
E o poder da mente
Que possui uma vasta experiência
E carrega em sua guarida
A realização e a
gratidão da existência.

Ser idoso,

É ser alguém consciente
Pedindo a Deus sempre mais anos de vida
Para viver com os seus
e ser uma pessoa querida.

(Maria Dionésia Santos da Silva)

Agradecimentos

Este trabalho não seria possível sem o apoio daqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a sua realização. Quero agradecer:

À Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria por todo o apoio prestado na realização deste trabalho, sem ela não teria sido possível chegar aqui;

À instituição que permitiu desenvolver este estudo. Sem o seu consentimento a realização deste trabalho não teria sido possível;

Um agradecimento especial aos idosos que participaram no estudo;

Ao meu namorado, por todo o apoio prestado no decorrer deste trabalho, por nunca me ter permitido desistir e por ter estado presente nos momentos mais difíceis;

Aos meus irmãos, pelo apoio que sempre me deram, por me terem dado força para continuar;

Aos meus pais, pela coragem e ajuda, que sempre me deram na minha vida pessoal;

A todos aqueles que não estão aqui mencionados, mas que eu sei que sempre acreditaram em mim e sempre me deram uma mão amiga quando precisei.

A todos quanto me ajudaram e apoiaram, o meu agradecimento.

Muito obrigado!

RESUMO

Consideramos que é importante que os filhos dos idosos sejam gratos aos seus pais e os continuem a amar até ao fim da vida. Assim, é importante que os filhos desenvolvam esforços para os pais, os apoiarem e se manterem presentes nas suas vidas contribuindo para a sua autonomia e bem-estar. Trata-se de manter as relações intergeracionais e familiares em equilíbrio e satisfação para ambas as partes, colocar a tónica na cooperação não no conflito de papéis.

A presente investigação pretendeu estudar a importância da família na vida e no processo de institucionalização do idoso. A partir da pesquisa bibliográfica realizada procurou-se clarificar os conceitos de idoso (Mendes, 2005; Dias, 2007; Maria Leandro, 2001; Burnside, 1979), o conceito de família (Rocha – Coutinho, 2006; Bisoli-Alves Moreira, 2007; Lacan, 1981), o conceito de envelhecimento ativo (Organização Mundial de Saúde, 2012; Birren, 1991; Ivo, 2008; Bourdieu, 1983; Filho e Netto, 2006) e por último a institucionalização dos idosos (Pimentel, 2001; Santos e Encarnação, 1998; Cabral, 1994; Moragas, 2004; Relvas, 1996; Carrajo, 1999; Perlina, 2007; Silva, 1995). Foi utilizada uma metodologia qualitativa para pesquisa e análise bibliográfica e documental e uma metodologia de intervenção de Myriam Veras Baptista. Os participantes da investigação foram: a instituição (lar de idosos), os idosos institucionalizados e as famílias dos idosos institucionalizados. Realizaram-se dez entrevistas a dez idosos da instituição onde foi feita a investigação.

Conclui-se com este trabalho que as famílias cada vez mais optam por institucionalizar os seus idosos, devido a vários motivos, dois dos motivos principais são: não terem tempo para cuidar dos idosos por estarem a trabalhar e terem filhos. Foi proposto uma Proposta de um Projeto de Intervenção designado de RELACIONA – Avós, Filhos e Netos.

Palavras-Chave: Idoso, Família, Doença, Envelhecimento, Institucionalização

Abstract

We consider it important that the children of the elderly are grateful to their parents and continue to love until the end of life. Thus, it is important for children to make efforts to parents, support and remain present in their lives contributing to their autonomy and well-being. This is to maintain intergenerational relationships and family in balance and satisfaction for both parties to focus on cooperation not in conflict of roles.

This research aimed to study the importance of family in life and the elderly institutionalization process. From the literature survey sought to clarify the concepts of old (Mendes, 2005; Day, 2007; Maria Leandro, 2001; Burnside, 1979), the concept of family (Rocha - Coutinho, 2006; Bisoli-Alves Moreira, 2007 ; Lacan, 1981), the concept of active aging (World Health Organization, 2012; Birren, 1991; Ivo, 2008; Bourdieu, 1983; Son and Netto, 2006) and finally the institutionalization of the elderly (Pimentel, 2001; Santos and incarnation, 1998; Cabral, 1994; Moragas, 2004; Grasses, 1996; Carrajo, 1999; Perlini, 2007; Smith, 1995). a qualitative methodology for research and bibliographical and documentary analysis and Myriam Veras Baptist intervention methodology was used. Participants in the research were: the institution (nursing home), the institutionalized elderly and the families of institutionalized elderly. There were ten interviews to ten older the institution where the research was done.

It concludes with this work that families increasingly choose to institutionalize their elderly, due to several reasons, two of the main reasons are: not having time to take care of the elderly because they are working and have children. one proposal was proposed a designated Intervention Project RELATES - Grandparents, Children and Grandchildren

Keywords: Elderly, Family, Disease, Aging, Institutionalization

ÍNDICE

Agradecimentos.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	6
Introdução.....	11
Parte I - Enquadramento Teórico.....	13
1.Envelhecimento.....	13
1.1-Significado da palavra idoso.....	13
1.2-O envelhecimento na perspetiva biológica e fisiológica	15
1.3-O envelhecimento na perspetiva psicológica.....	15
1.4-Desenvolvimento do envelhecimento.....	18
1.5-Pessoas que contribuem para o envelhecimento.....	20
1.5.1-Família.....	20
1.5.2-Comunidade/Sociedade.....	23
1.6-Apoio Social no envelhecimento.....	26
2.Família.....	30
2.1-O que é a família.....	30
2.2-Análise sistémica da família.....	32
2.3-Ciclo vital da família.....	33
2.4-A família na sociedade.....	35
2.5-A ausência da família na vida do idoso.....	37
3.O idoso, a saúde e a doença.....	39
3.1-Patologias do envelhecimento.....	39
3.2-Envelhecimento Ativo.....	45
4. Institucionalização do idoso.....	49
4.1- Instituições de apoio a idosos – Lares de Terceira Idade.....	49
4.2- Contributo do psicólogo em Lares de Terceira Idade.....	50
4.3- Principais causas da institucionalização dos idosos.....	51
4.4-A família na institucionalização do idoso.....	52
4.5-Papel do Assistente Social nos lares.....	56

4.6-Especialização de Psicogerontologia/Gerontologia nos lares.....	57
Parte II- Estudo Empírico.....	60
5. Metodologia.....	60
5.1-Desenho da investigação.....	60
5.2-Participantes.....	61
5.3-Instrumentos.....	61
5.4-Procedimento.....	62
5.5-Tratamento de dados.....	63
6. Análise e discussão dos resultados.....	63
6.1-Caraterização dos Participantes.....	66
6.2-Percepções dos idosos sobre a sua institucionalização.....	67
6.3-Causas da institucionalização.....	67
6.4-Apoio da família.....	68
6.5-Visitas da família.....	70
6.6-Participação no processo de envelhecimento dos pais.....	70
7. Discussão dos resultados.....	71
Parte III- Proposta de um Projeto de Intervenção	74
8. Proposta do Projeto (RELACIONA – Avós, Filhos e Netos).....	74
8.1-Fundamentação do projeto.....	74
8.2-Designação do projeto.....	74
8.3-Objetivos.....	74
8.4-Participantes envolvidos na dinamização e liderança do projeto.....	75
8.5-Público-Alvo.....	76
8.6-Planificação do projeto.....	76
8.7-Desenvolvimento sucinto das atividades a propor.....	77
8.8-Avaliação do projeto: ex-ante, on-going, ex-post.....	78

8.9-Cronograma.....	80
Conclusão.....	81
Bibliografia.....	86
Webgrafia.....	89
Anexos.....	91

Índice dos quadros

Quadro I – Atividades desenvolvidas na instituição.....	76
---	----

INTRODUÇÃO

O idoso vive um processo contínuo de socialização, todavia existem circunstâncias em que a exposição a novos ambientes físicos e sociais é tão abrupta que obriga a um intenso processo de des-construção e construção de novos papéis sociais. É fundamental que o idoso permaneça ocupado, isto para que o confronto com a reforma seja minimizado. É de extrema importância que o idoso se mantenha ativo, tendo como finalidade abrandar a evolução do envelhecimento. O idoso e a sociedade necessitam de uma educação para a velhice, para o descanso e para aproveitar e desfrutar o tempo livre de que dispõe, como também proporcionar-lhe distrações, manter amigos, viver em família e acima de tudo viver acompanhado. (Santos, 2000). Cabe à sociedade assumir a defesa dos idosos, com base numa solidariedade intergeracional consciente e sem reservas, deixando, assim, a terceira idade de ser objecto de olhares pejorativos e passar a ser respeitado, pois, ao fazemo-lo, estamos de certa forma a cuidar de nós próprios e de todos aqueles que um dia atingirão tal condição.

Existem vários factores que não permitem que a família esteja com os seus idosos como: o agravamento da pobreza, os conflitos geracionais, a intensidade dos laços familiares no decorrer das suas vidas, a saída dos membros da família para o mercado de trabalho e o aparecimento e/ou agravamento de determinadas patologias que geram um certo grau de dependência, assim como o rompimento de laços afectivos. A diminuição do apoio familiar aos idosos está relacionada, a maior mobilidade das famílias pelo seu tamanho e o número crescente de separações. (Freitas, 2002)

A família é considerada extremamente importante na vida dos seus idosos, mas o convívio entre várias gerações pode gerar grandes conflitos e problemas, tornando-se necessário que os seus integrantes procurem entender o comportamento do seu idoso e, isso deve acontecer da mesma maneira com os outros membros da sua família.

A desagregação das estruturas familiares e a mudança na forma de vida das sociedades, a emergência de valores individualistas e o trabalho fora do lar, fazem com que seja cada vez maior o número de idosos que não envelhecem no seio da família.

Os idosos são cada vez mais institucionalizados, por diversas razões, uma delas é a família dos idosos não terem tempo para cuidar dos seus idosos devido a estarem a trabalhar e terem filhos, logo optam por institucionalizar os seus idosos.

A institucionalização dos idosos em lares, implica quase sempre o abandono dos papéis de família, sobretudo papéis de pais e avós. Também implica um corte mais ou menos profundo com os papéis de família, sobretudo irmãos, sobrinhos e outros parentes mais afastados.

As famílias quando optam pela institucionalização do idoso, procuram instituições que ofereçam ambientes agradáveis, com companhia, proporcionando os cuidados necessários e que seja um espaço de convivência e socialização entre os moradores. Os familiares acreditam que, por meio de visitas, podem manter os vínculos afectivos, dar carinho e afeto, conversar, realizarem atividades juntos e fornecerem o suporte financeiro. (Perlini, 2007)

A institucionalização significa a última fase da vida do idoso, a reorganização a que a pessoa idosa está sujeita ao entrar em contato com uma nova realidade, logo os seus olhos é como uma mudança radical no seu padrão de vida.

O objectivo geral do trabalho é perceber a importância da família no processo de institucionalização do idoso. E seguidamente os objetivos específicos são: compreender como o idoso vê o seu processo de institucionalização e perceber qual o papel da família no processo de institucionalização do idoso.

A questão de partida é “De que forma é que a família contribui para o processo de institucionalização do idoso?”.

O presente trabalho é constituído por três partes: a primeira parte é constituída por o enquadramento teórico, a segunda é o estudo empírico e por último a terceira parte é a proposta de um projecto de intervenção.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento

1.1- Significado da palavra idoso

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa, a palavra idoso significa que tem muita idade; velho; anoso; indivíduo de idade avançada. Idoso é uma pessoa considerada de terceira idade. A Organização Mundial de Saúde classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. As pessoas idosas têm habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais que expõem a perigo a qualidade de vida dos idosos. Podendo levar à síndrome da fragilidade, conjunto de manifestações físicas e psicológicas de um idoso onde poderá desenvolver muitas doenças.

O idoso tem sido encarado de formas diferentes ao longo dos tempos e nas diversas culturas. Por exemplo nas sociedades Orientais é-lhe atribuído um papel de dirigente pela experiência e sabedoria. Nas sociedades Ocidentais, apesar de ter sido considerado, até há algum tempo atrás, como um elemento fundamental na sociedade, pelos seus conhecimentos e valores para as populações mais jovens, atualmente tem uma imagem e um papel social quase insignificante, sendo a diminuição das suas capacidades, um dos fatores mais referenciados. ¹

Os idosos ao passarem para esta fase da sua vida que geralmente é considerada como última, os projetos de vida já foram na maioria todos realizados, sendo possível desfrutar do resto da vida com paz de espírito. Por vezes os idosos deixam de viver a sua vida, no qual deixam de ter as suas atividades diárias, o que quer dizer que passam para a idade da reforma, assim os seus rendimentos diminuem significativamente, o que, juntamente com os problemas de saúde associados com a idade podem trazer consequências em todas as áreas da sua vida. Em algumas situações os idosos são considerados um obstáculo para as suas famílias, por vezes em algumas situações acaba por ocorrer o abandono de idosos. ²

Para Mendes (2005),

“envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.” (Mendes e outros, 2005)

¹ Repositório.ipv.pt/bitstream/10400.19/358/1/Ser_idoso_hoje.pdf (25/01/2015)

² [Http://edukavita.blogspot.pt](http://edukavita.blogspot.pt) (24/10/2014)

Segundo Dias (2007), envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem a sua maneira própria de envelhecer. Sendo assim o processo de envelhecimento é um conjunto de fatores que vai além do facto de ter mais de 60 anos, deve-se levar em consideração também as condições biológicas, que estão intimamente relacionadas com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmónico de todo o conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado quanto maior a idade; as condições sociais variam de acordo com o momento histórico e cultural; as condições económicas são marcadas pela aposentadoria; a intelectual é quando as suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; e a funcional é quando há perda da independência e autonomia, precisando de ajuda para desempenhar as suas atividades básicas do dia-a-dia

Para Leandro (2001),

“O envelhecimento humano pressupõe, e exige, uma grande atenção ao social, ao cultural, ao histórico, ao psicológico, ao afetivo, ao familiar, entre outros aspetos.” (Leandro, 2001:334)

No processo do envelhecimento vão ocorrendo algumas perdas, nos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. O envelhecimento é conceituado como um processo biológico, universal, dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. A perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasiona maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar os idosos à morte. (Papaleo Neto, 1996).

3

O envelhecimento é um fenómeno biológico, partilhado quer pelo reino animal, quer pelo reino vegetal. O ser humano não envelhece de uma forma brusca mas sim paulatinamente, pelo que a velhice se instala de uma forma que nem nos apercebemos. É sem dúvida, um processo multifatorial que provoca uma deterioração fisiológica do organismo, que não pode ter a sua origem adstrita a uma só causa nem a um só

³https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=l7JKVO2bEYGs8weLs4KgCQ&gws_rd=ssl#q=defini%C3%A7%C3%A3o+de+idoso (24/10/2014)

mecanismo sendo considerado como um fenómeno normal, universal, ligado ao processo de diferenciação e crescimento.⁴

Para Burnside (1979), o envelhecimento é,

“considerado como um processo cumulativo, que se torna irreversível, universal, não patológico, onde ocorre uma deterioração do organismo maduro, podendo incapacitar o indivíduo a desenvolver algumas atividades. Assim, refere que a velhice não significa doença e muitas pessoas conservam a saúde até a idade avançada.”
(Burnside, 1979)

O envelhecimento não se inicia no mesmo período, não se desenvolve ao mesmo ritmo e não atinge o mesmo grau de degenerescência para todos os sistemas orgânicos. De pessoa para pessoa, as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo distinto, no qual depende de fatores externos, como estilos de vida, atividades que um indivíduo desenvolve, ambiente onde se insere, organização de cuidados de saúde e de fatores internos como a bagagem genética e o estado de saúde. Assim, em alguns indivíduos o envelhecimento exprime-se por uma degradação do sistema cardiovascular e em outros por um envelhecimento precoce do sistema nervoso ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos.

1.2- O envelhecimento na perspetiva biológica e fisiológica

Com o processo de envelhecimento surgem perdas nos fatores biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais.

Relativamente aos fatores fisiológicos, ocorrem alterações nas funções orgânicas e mentais devido aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e as funções fisiológicas comecem a declinar.

Para Firmino (2006),

“um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress físico, emocional,

⁴[Repositórioaberto.up.pt/bitstream/10216/21963/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Biotica.pdf](https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21963/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Biotica.pdf) (09/02/2015)

etc., pode apresentar dificuldades em manter a sua homeostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico” (Firmino, 2006).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência. O organismo envelhece como um todo, enquanto os seus órgãos, tecidos, células e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados. É também um conjunto de alterações que ocorrem no organismo humano que implica uma perda progressiva da reserva funcional sem que comprometa as necessidades básicas de manutenção de vida. As doenças (senilidade) associadas às perdas fisiológicas (senescência) em idade avançada poderão levar a insuficiência de órgãos, a incapacidade funcional e ao óbito.

Lima e Veigas (1988) consideram que o envelhecimento dentro do processo biológico concetualizado culturalmente, é socialmente construído e conjunturalmente definido. Salientam a distinção entre o processo do envelhecimento, enquanto noção biológica, enquadrada no desenvolvimento dos indivíduos e a velhice como concetualizado desta fase da vida pela sociedade em que os indivíduos se inserem.

Na perspetiva biológica a evolução é variável, mas de um modo geral os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e sistemas reduzem a qualidade e velocidade das suas funções. Geralmente associa-se o envelhecimento ao surgimento de incapacidades, de várias doenças e essencialmente, à demência senil. Se as capacidades físicas diminuem, há que pensar em papéis sociais atravessados por menos tensões, e que permitam viver de acordo com as menores possibilidades vitais. De acordo com Moragas (1991), a velhice tem potencialidades próprias que implicam uma relação especial com o meio e que não podem ser determinadas pelos jovens, com outro tipo de valores, de capacidades e de perspetivas.

Dentro do envelhecimento biológico existem várias teorias relacionadas com o foro biológico da pessoa idosa, as teorias são as seguintes: Teoria do Envelhecimento Celular; Teoria dos Telómeros; Teoria Neuro-endócrina; Teoria das Mutações Somáticas; Teoria do Erro-catástrofe; Teoria da Reparação do ADN; Teoria da Glicosilação e por último a Teoria do Stress Oxidativo.

O processo do envelhecimento é progressivo. Ao longo deste processo, é possível observar fases de desenvolvimento gradual e, principalmente, variável. As alterações

por ele determinadas guardam pouca relação com a idade cronológica e variam de órgão para órgão e de indivíduo para indivíduo.

1.3- O envelhecimento na perspetiva psicológica

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento do ser humano, inserindo-se, desta forma, nos estudos sobre o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. O envelhecimento, pressupõe necessariamente, pensar no desenvolvimento no seu todo, ao longo de todo o ciclo de vida. As fases do desenvolvimento que o antecedem, fazem parte integrante do mesmo. Não é possível desligar a velhice, da adultez, da adolescência e da infância.

Na perspectiva psicológica, o envelhecimento representa o contributo da psicologia para a compreensão do envelhecimento. Centraliza-se no estudo do ser humano e compara a estrutura e o funcionamento dos diferentes domínios psicológicos da criança, do adulto e do idoso. Estuda a senescência (envelhecimento normal) e a senilidade (envelhecimento patológico). Estuda diferentes dimensões psicológicas (inteligência, linguagem, memória, personalidade...).

A área da Psicologia no envelhecimento é suscetível de atuar em muitos domínios, tais como a melhoria das condições de vida, a adaptação aos postos de trabalho, a luta contra os efeitos da idade e o acompanhamento no falecimento.

Para Fonseca (2005),

“À medida de que as pessoas envelhecem, os seus percursos de vida vão-se diferenciando cada vez mais uns dos outros, quer devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural, quer devido à influência exercida por toda uma série de acontecimentos de vida que vão marcando os seus comportamentos e as suas personalidades.” (Fonseca, 2005)

O estudo do envelhecimento na perspetiva psicológica, enuncia três variáveis explicativas da mudança desenvolvimental: idade, coorte, acontecimentos de vida.

Foram realizados dois estudos na população idosa em épocas distintas que foram os seguintes: (a) no Estudo Longitudinal de Bona sobre o envelhecimento (Rudinger & Thomae, 1990), os autores tiveram oportunidade de constatar que, ao longo da velhice, as pessoas ajustam as suas representações cognitivas da realidade ou modificam o seu comportamento social, o que poderá ser entendido como uma verdadeira alteração de estratégia adaptativa; (b) bem mais recentemente, o Estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999) permitiu comprovar que a “4ª idade” não é uma simples continuação da “3ª idade”,

sucedendo uma efectiva descontinuidade em termos da capacidade adaptativa individual da 3ª para a 4ª idade, no sentido de um progressivo declínio de funções.

O desenvolvimento psicológico ocorre de uma forma simultaneamente multilinear e multidimensional tem encontrado um eco especial, sob o ponto de vista empírico, em investigações que se debruçam sobre dimensões específicas do funcionamento psicológico, como é o caso do funcionamento cognitivo.

1.4 - Desenvolvimento do envelhecimento

De acordo com Schroots e Birren (1980), o envelhecimento tem três componentes: a) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência, b) um envelhecimento social, relativo, aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e c) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots e Birren, 1980).

O idoso no seu processo de envelhecimento experiencia várias alterações como limitações físicas, alterações mentais e psicossociais que podem influenciar, muitas vezes, no seu relacionamento com a família cuidadora em decorrência de tais limitações. As alterações que ocorrem no processo de envelhecimento estão relacionadas aos aspetos psicossociais, na qual se evidenciam deficit de memória, desorientação no tempo e espaço, sentimentos de solidão e abandono, tristeza e solidão, podendo em decorrência disso, aumentar a frequência de casos de suicídios.

De acordo com Almeida (2001),

“Os deficits no funcionamento mental dos idosos são causados por um conjunto de fatores biológicos e psicossociais incluindo, a falta de interesse e motivação, ansiedade, atitudes derrotistas e a não utilização das faculdades intelectuais.”
(Almeida, 2001)

O envelhecimento não é um estado, é impossível datar o começo do envelhecimento porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo.

Para Morin (1996), o processo de envelhecimento,

“é que o ser humano, rejeita a morte, recusando-se com todas as suas forças, tende a rejeitar também a velhice; talvez por ser a fase da vida que mais se aproxima da morte, tomando a velhice um peso” (Morin, 1996)

Dentro do desenvolvimento do envelhecimento existe a *Idade Biológica* que está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz. A *Idade Social* refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país. E por último a *Idade psicológica* que se relaciona com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, que inclui a inteligência, memória e motivação.

Com o processo de envelhecimento, ocorrem várias alterações no organismo do idoso, como: a diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e o cérebro; diminuição da capacidade dos rins para eliminar toxinas e medicamentos; diminuição da capacidade do fígado para eliminar toxinas e metabolizar a maioria dos medicamentos; diminuição da frequência cardíaca máxima, mas sem alteração da frequência cardíaca em repouso; diminuição do débito cardíaco (saída de sangue do coração); diminuição da tolerância à glicose; diminuição da capacidade pulmonar de mobilização do ar; aumento da quantidade de ar retido nos pulmões depois de uma expiração; e por último a diminuição da função celular de combate às infeções.

De todas as alterações que ocorrem no organismo do idoso, as alterações cognitivas são as mais fáceis de prever, mais precisamente a diminuição da velocidade de processamento da informação e da resposta. Pois a lentificação da execução de componentes perceptuais e as operações mentais pode afetar a atenção, a memória e a tomada de decisão, influenciando também o desempenho mesmo em tarefas que não têm requisitos de velocidade óbvios. (Salthouse, 1996 cit. In Spar e La Rue, 2005)

O envelhecimento está associado a um declínio das aptidões da memória de trabalho, especialmente quando é necessária a manipulação ativa da informação (por exemplo, repetir números por ordem inversa). Por sua vez, as diminuições da memória de trabalho colocam limites a outras aptidões cognitivas complexas, como o raciocínio e outros processos executivos ou aprender e recordar informação nova. A maior parte dos idosos têm decréscimos da acuidade visual e auditiva, bem como outras alterações perceptuais. Algumas das alterações comportamentais registadas com o envelhecimento, como a lentificação do processamento da informação e da resposta, podem estar relacionadas

com alterações generalizadas, tais como a diminuição do volume do cérebro e da densidade da substância branca.

1.5 - Pessoas que contribuem para o envelhecimento

1.5.1 – Família

O desenvolvimento familiar diz respeito à sucessão de mudanças que ocorrem na família e nos seus elementos, isto é, às mudanças da família enquanto sistema, do qual fazem parte diferentes indivíduos, também eles em contínua mudança.

De acordo com Relvas (1996), as etapas do ciclo vital podem ser consideradas segundo uma referência orientadora que tem por base a família nuclear dita tradicional (pai, mãe e filhos), sendo estas: a formação do casal, a família com filhos pequenos, a família com filhos em idade escolar, a família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos (Alarcão, 2006).

A primeira etapa caracteriza-se pela formação do sub-sistema conjugal, do desenvolvimento da relação entre dois indivíduos, da qual faz parte o desafio de equilíbrio entre proximidade, partilha e a individualidade. Após o início da relação, na qual predominam as experiências de paixão, os dois indivíduos vão progressivamente afirmando a sua individualidade e deste modo contribuindo diferenciadamente para o desenvolvimento de uma base segura, de cumplicidade e estabelecimento de objetivos comuns.

Face ao desenvolvimento da relação revela-se assim necessário o estabelecimento de limites entre o casal e as respectivas famílias de origem (famílias de cada um dos elementos do casal), abrindo espaço à comunicação sobre o modo como comunicam e se relacionam na resolução de conflitos, quer no seio da relação de casal, quer entre casal e respectivas famílias de origem.

A segunda etapa do desenvolvimento familiar, é a família com filhos pequenos, é por sua vez caracterizada pelo nascimento do primeiro filho, no âmbito do qual se verificam mudanças não só no sub-sistema conjugal, mas também na formação do sub-sistema parental. É nesta etapa que o casal, agora também pais, aprende o que é a parentalidade, as suas tarefas, funções e responsabilidades, as quais exigem um ajustamento entre os sub-sistemas conjugal e parental, sendo este um dos desafios desta etapa do ciclo vital.

Paralelamente à manutenção da relação de casal, afigura-se igualmente importante a vinculação, a socialização e promoção progressiva da autonomia dos filhos por parte dos pais, abrindo espaço a um terceiro (ou mais) elementos na relação. O nascimento

de um segundo (ou mais) filhos proporciona a formação do sub-sistema fraternal, no âmbito do qual se verificam relações horizontais (relações entre iguais), importantes no desenvolvimento da socialização no que respeita ao companheirismo, à gestão ou negociação de conflitos e competições, na partilha e aprendizagem entre iguais. Nesta etapa afigura-se assim importante a negociação dos estilos ou modelos educativos de cada um dos pais, já que cada elemento apresenta variantes nestes estilos pelo facto de terem vivido experiências diferentes nas respectivas famílias de origem, na sua relação pais-filhos. Neste sentido, emerge a importância de negociação e construção de um modelo educativo partilhado que promova a aliança parental e facilite a parentalidade.

Segue-se terceira etapa do desenvolvimento familiar que é a etapa da família com filhos em idade escolar, na qual é considerada o início da escola primária, bem como as mudanças que se verificam nas funções de cada elemento e do núcleo familiar no seu todo. O desafio desta etapa consiste assim na promoção da individualidade, no contexto da comunicação entre família e escola, tendo em vista a melhor adaptação da criança ao novo sub-sistema e ao que este representa. Este apresenta-se assim o desafio desta etapa, associado à necessidade de equilíbrio entre o suporte e promoção de autonomia, nomeadamente nos processos de aprendizagem e na construção de novos relacionamentos (pares, professores), que expandem o mundo além do núcleo familiar. A quarta etapa do desenvolvimento familiar é a da família com filhos adolescentes que é caracterizada pelo investimento dos filhos nas relações de pares, na crescente procura pela autonomia, individualidade e construção da identidade. Os movimentos de conquista da autonomia são deste modo pautados por desafios à relação com os pais, não obstante estes continuarem a ser uma base de suporte emocional.

É também o estabelecimento de uma base segura que facilitará também a capacidade de diferenciação do adolescente, num equilíbrio entre suporte, promoção da autonomia e controlo, manifestada pelos diferentes estilos parentais, na (in) consistência de limites e simultaneamente na abertura de espaços ao desenvolvimento dos filhos, que gradualmente ensaiam a transição para a idade adulta.

Neste sentido, o estabelecimento de limites e negociações afigura-se um desafio nesta etapa, na qual não só os filhos, mas também os pais aprendem os seus novos papéis no sistema familiar, evidenciando-se mudanças ao nível da relação pais-filhos. Após as etapas de maior dependência dos filhos, crescem as mudanças no sub-sistema conjugal, apresentando agora mais espaço e tempo de investimento na relação de casal, bem como nas atividades profissionais de cada elemento.

A última etapa é a da família com filhos adultos, na qual o espaço e tempo para investimento na díade conjugal é crescente, a par das mudanças relacionais pais-filhos.

Nesta etapa a relação entre pais e filhos caracteriza-se por ser uma relação entre adultos, exigindo que o sub-sistema parental aprenda a perspectivar e lidar com os filhos de uma forma horizontal (entre iguais, adultos-adultos) ao invés de vertical (entre diferentes, adultos-crianças ou adolescentes), acarretando perdas e ganhos nas relações. Estas perdas poderão ser percebidas por pais e filhos, nomeadamente aquando da independência dos filhos e construção de uma nova família, tornando-se a família nuclear então família de origem.

A mudança caracteriza-se também pelo enriquecimento familiar com a integração de novos elementos (nora, genro, netos) na família, exigindo estabelecimento de fronteiras e limites claros, num equilíbrio com a manutenção de relações de proximidade. Verifica-se assim nesta etapa a crescente necessidade de comunicação e relacionamento entre gerações (pais, filhos e netos), que simultaneamente devolve a realidade do envelhecimento e da necessidade de adaptação ao mesmo. É também nesta etapa que é progressivamente exigida a articulação da relação de suporte com gerações mais velhas (pais dos pais), à medida que se tornam mais dependentes e menos autónomos. Decorrente da variabilidade individual e das interações estabelecidas, as etapas do ciclo vital apresentam variâncias consoante as diferentes famílias, a par da interferência de factores económicos, sociais e culturais que moldam as escolhas e vivências de cada pessoa e de cada sistema familiar.⁵

Nas vivências dos idosos, a família assume a expressão em três formas, no contexto do envelhecimento: a Família é expressa como fonte de dignidade. É através da família que o idoso sente que a sua dignidade é preservada, dignidade esta que assume diversas expressões; a Família é também vista como fonte de relações e sentimentos controversos. Por vezes, o próprio ambiente familiar e o conjunto de relações entre os diversos elementos gera relações e sentimentos controversos, quer sentidos pelo idoso, quer pela sua família, originando desta forma sentimentos menos positivos e por último a Família é encarada como um ponto de equilíbrio na vida do idoso. Quando a experiência familiar se demonstra menos positiva, o idoso, por vezes, procura outro ambiente familiar de modo a encontrar esse ponto de equilíbrio. Este equilíbrio está relacionado com a afetividade e a diversa expressão de afetos.⁶

⁵ Knoow.net/ciencsocioishuman/psicologia/modelo-de-desenvolvimento-familiar (acedido a 22/12/2015)

⁶ <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21963/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Biotica.pdf> (09/02/2015)

Para Pimentel (2001), as famílias atuais, maioritariamente do tipo nuclear, não estão de modo geral isoladas das suas redes de parentesco e assumem, na vida dos indivíduos, um papel preponderante como instituição de suporte e de referência, adversando o senso comum que a família se encontra em decadência e que as relações familiares entre as gerações se tendem a fragilizar.

De acordo com Nina e Paiva (2001),

“a família representa o pilar de equilíbrio emocional face às contingências do declínio biopsíquico, representando uma unidade social de extrema importância no apoio e resolução de problemas biopsicossociais, individuais e coletivos, podendo também ser da mesma forma a procedência de doenças e conflitos.” (Nina e Paiva, 2001)

1.5.2 - Comunidade/Sociedade

A socialização dos indivíduos prolonga-se ao longo de todo o ciclo de vida e, em consequência, a sociedade é continuamente construída e reconstruída pela ação de todos os seus membros, idosos incluídos.

O idoso vive um processo contínuo de socialização, todavia existem circunstâncias em que a exposição a novos ambientes físicos e sociais é tão abrupta que obriga a um intenso processo de des-construção e construção de novos papéis sociais.

Quando as pessoas entram na idade da reforma por vezes ocorre um conjunto diversificado de ruturas sociais: o abandono da vida profissional ativa e o corte das relações com os colegas e amigos, perda de alguns familiares e amigos de longa data, perda do cônjuge, perda de alguma independência financeira, perdas ao nível da saúde, entre outras.

Para Sousa (2004),

“as redes sociais diminuem de tamanho, concentrando-se nos familiares. Estes fenómenos são mais intensos quando a alternativa para os idosos é a sua institucionalização, pois, normalmente, nestes casos verifica-se uma mudança mais radical do meio físico e social.” (Sousa, 2004:171).

Quando se chega à idade de idoso na maioria das vezes têm os idosos passam por uma profunda alteração dos papéis sociais, pois tem de estabelecer novas relações de amizade e de afeto, encontrar novas formas de ocupar o tempo livre, arranjar “esquemas” de manutenção das relações sociais de sempre, adaptarem-se às novas

regras que sempre existem nos lares e residências. É um período intenso de profunda alteração identitária, nem sempre bem conseguida.

Naturalmente, há um processo de reconstrução identitária que tem de ser feito, por vezes perdem-se muitas identidades de papel tidas até então e ganham-se outras.

O papel do idoso na sociedade deve ser repensado, pois não se pode conceber que as pessoas enfrentem cerca de um quarto da sua vida como algo isento de sonhos, ideais e projetos.

Dentro da sociedade o idoso depara-se com limitações que tem de enfrentar, pois existem barreiras impostas pela sociedade diferentes das suas características. Deste modo podemos dizer que os papéis sociais do idoso são reduzidos e desvalorizados, o que condiciona o seu estatuto e a sua posição na sociedade.

Também o modo como muitos idosos se vêm privados dos seus direitos mais elementares pode ser entendido como uma forma de violência e de desvalorização do seu papel social.

Para Marques (1999), é importante

“Garantir que os direitos de todos são reconhecidos para além dos 65 anos, constitui para além de um dever de cada um de nós, também uma forma de dignificar aquele estágio de vida que a sociedade convencionou iniciar-se em meados da sexta década de vida de cada um.” (Marques, 1999)

Um idoso rejeitado pela sociedade, no momento da reforma sofre de insegurança, envolve-se de medos e com pressentimento mórbido, acabando por adquirir um comportamento narcísico de isolamento, padecendo de solidão e acabando por se deprimir.

Muitos dos medos de envelhecer têm a ver com o modo como a sociedade percebe a velhice. Por outro lado existe um medo inevitável do indivíduo em deteriorar-se.

Na perspetiva de Santos (2000),

“é fundamental que o idoso permaneça ocupado, isto para que o confronto com a reforma seja minimizado. É de extrema importância que o idoso se mantenha ativo, tendo como finalidade abrandar a evolução do envelhecimento. O idoso e a sociedade necessitam de uma educação para a velhice, para o descanso e para aproveitar e desfrutar o tempo livre de que dispõe, como também proporcionar-lhe distrações, manter amigos, viver em família e acima de tudo viver acompanhado.” (Santos, 2000)

Cabe, portanto, à sociedade assumir a defesa dos idosos, com base numa solidariedade intergeracional consciente e sem reservas, deixando, assim, a terceira idade de ser objeto de olhares pejorativos e passar a ser respeitada, pois, ao fazermos-lo, estamos de

certa forma a cuidar de nós próprios e de todos aqueles que um dia atingirão tal condição.

Para Corrêa (2000) refere, também, que o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada atuação por parte da sociedade. Considera que a sociedade cria os seus próprios valores e a velhice só poderá ser compreendida na sua totalidade, se tivermos em conta que esta não representa somente um fator biológico mas também um fator cultural. O sentido que determina a sociedade confere à existência humana é explícito no respetivo sistema global de valores e expresso no significado e no valor atribuído às várias idades da vida.

De acordo com Silva (2001), o idoso,

“por usufruir de reformas e pensões muito baixas, viver muitas vezes em habitações degradadas e ter grandes despesas com a saúde, fica numa posição social muito vulnerável à precariedade económica. O idoso é ainda vulnerável à exclusão social, pela condição de reformado, sem relação com o trabalho e com os colegas, pela dificuldade de comunicação com as gerações mais jovens, pelo isolamento em relação à família, pela perda de autonomia física e funcional e ainda pelas dificuldades da adaptação às novas tecnologias.” (Silva, 2001)

É importante que a sociedade ajude os idosos a envelhecer criativamente, promovendo as suas capacidades e criando uma cultura de respeito pelos mais velhos, cuidando, simultaneamente, da sua saúde física e psíquica. Para que possam usufruir da sua reforma de uma forma tranquila e com qualidade de vida.

1.6 - Apoio Social no envelhecimento

No Apoio Social no envelhecimento existem várias respostas sociais que são reconhecidas pela Segurança Social desde que cumpram as exigências que estão na lei. As respostas sociais que a Segurança Social dispõem são as seguintes: Serviço de Apoio Domiciliário; Centro de Convívio; Centro de Dia; Centro de Noite; Acolhimento familiar e por último as Estruturas Residenciais.

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização

das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Os seus objectivos são: concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante contratualização); facilitar o acesso a serviços da comunidade; Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores. O Serviço de Apoio Domiciliário deve ainda: disponibilizar os cuidados e serviços todos os dias da semana garantindo, sempre que necessário, o apoio aos sábados, domingos e feriados; Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; tratamento da roupa do uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; e serviço de teleassistência.⁷

O Centro de Convívio é uma resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Os seus objetivos são: prevenir a solidão e o isolamento; incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local; fomentar as relações interpessoais e entre as gerações e contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.⁸

O Centro de Dia é uma resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia. Os objetivos do centro de dia são: assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; promover as relações pessoais e entre as gerações; favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições e promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.⁹

O Centro de Noite é uma resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no

⁷ www4.seg-social.pt (28/09/2015)

⁸ www4.seg-social.pt (28/09/2015)

⁹ www4.seg-social.pt (28/09/2015)

seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite. Tem como objetivos: acolher durante a noite pessoas com autonomia; assegurar o bem-estar e segurança do utilizador e fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida.¹⁰

O Acolhimento Familiar é uma resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro. Os seus objetivos são: acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições; garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.¹¹

As Estruturas Residenciais é uma resposta social destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Os seus objetivos são: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.¹²

Segundo Quaresma (1996),

“o lar é uma resposta social a tempo inteiro, este deverá assegurar os serviços de alojamento permanente; alimentação; tratamento de roupa; higiene pessoal; cuidados de saúde; apoio psicossocial; atividades de animação.” (Quaresma, 1996)

O apoio social é sustentado por três medidas: 1) a integração social, ou seja a frequência de contatos com os outros; 2) o apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efectivamente fornecida por elementos da rede e 3) o apoio percebido. As medidas de apoio estrutural que se referem à existência e conexão entre laços sociais, são geralmente preferidas por sociólogos enquanto as medidas de apoio funcional que

¹⁰ www4.seg-social.pt (28/09/2015)

¹¹ www4.seg-social.pt (28/09/2015)

¹² www4.seg-social.pt (28/09/2015)

avaliam as funções específicas que essas relações servem, são a opção dos psicólogos. (Uchino, 2004)

Para Paúl, Fonseca Martín e Amado (2005), as redes de suporte social,

“não aparecem significativamente associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão claramente associadas à qualidade de vida, quer no seu todo, quer relativamente aos vários domínios.” (Paúl, Fonseca Martín e Amado, 2005)

A satisfação de vida, encarada como dimensão psicológica, surge como uma variável mais intra-psíquica, provavelmente associada a características de personalidade e menos associada a variáveis externas, sejam físicas, sociais ou ambientais, enquanto a percepção da qualidade de vida aparece claramente associada quer a variáveis sócio-demográficas, quer físicas ou de contexto.

O apoio social é um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico. Também é um processo dinâmico e complexo, que envolve trocas entre os indivíduos e as suas redes sociais, visando a satisfação das necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, no sentido de enfrentar novas exigências e atingir novos objetivos.

Para Cruz (2001), o apoio social é,

“a utilidade das pessoas (que nos amam, que nos valorizam e se preocupam connosco) e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar, em qualquer circunstância. O apoio assume-se assim, como um processo promotor de assistência e ajuda, através de factores de suporte, que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.” (Cruz, 2001)

De acordo com Rosa et al. (2007), o apoio social abrange aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais, compreendendo quatro tipos de apoio: o apoio emocional, que envolve expressões de amor e afecto; o apoio instrumental ou material que se refere aos auxílios concretos prestados no sentido de satisfazer as necessidades materiais em geral, ajuda em trabalhos práticos e ajuda financeira; o apoio de informação, que compreende aconselhamento, sugestões e orientações, e que pode ser usado para lidar com problemas e resolvê-los; e, finalmente, a interacção social positiva, que diz respeito à disponibilidade das pessoas para permitir actividades sociais e de lazer (Rosa et al., 2007).

Com a melhoria dos apoios prestados aos idosos, mais precisamente os serviços de apoio domiciliário prestados, quer no que respeita a respostas dadas por outras

instituições ligadas à terceira idade, tem vindo a permitir que os idosos permaneçam durante mais tempo nas suas casas, através de pequenas ajudas, quer nas AVD'S, quer nas AIVD'S.

O apoio económico representa talvez o menos conseguido de todos os apoios disponíveis. Muitos idosos subsistem ainda com pensões baixas, sacrificando frequentemente necessidades básicas, como uma alimentação equilibrada, em detrimento da necessidade de adquirir medicamentos para as suas diversas patologias associadas. Mas actualmente existem algumas ajudas fornecidas pelo Estado, nomeadamente o Complemento Solidário para Idosos (CSI) e o Complemento por Dependência (CD).

Por vezes o estado não consegue ajudar todos os idosos que necessitam de ajuda, pois cada vez mais existem idosos que necessitam de ajuda. Pois as políticas relativas à prestação de apoios a pessoas dependentes representam um desafio sócio-político para o estado. O sistema da Segurança Social e de assistência atingiram o seu ponto de ruptura devido à crise emergente, ao aumento do desemprego, ao envelhecimento da população, como tal os governos têm que continuar a prestar apoio à população mas desta vez tendo em conta o contexto económico e político e financeiro, nunca descurando o bem-estar em público usando com pretexto o contexto que o país atravessa.

2.Família

2.1 - O que é a família

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa, família significa o conjunto de pessoas com relação de parentesco que vivem juntas; agregado familiar; grupo de pessoas formado pelos progenitores e seus descendentes; grupo de pessoas unidas pelo vínculo do casamento; conjunto de pessoas do mesmo sangue ou parentes por aliança. (Dicionário de Língua Portuguesa, 2008: 739)

Etimologicamente família é um “termo proveniente do latim *famulus*, que significa o conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor” (Rocha-Coutinho, 2006,

p.91). A conceção de relação através de uma hierarquia e não de afetividade que marcou bem mais tarde os laços familiares, no sentido de estreitamento de elos, de ligações baseadas no afeto. A família identifica um determinado grupo social, mas com identidade própria influenciada pela cultura local, assim, num mesmo espaço cultural há,

“uma multiplicidade de tipos de estrutura do grupo, sempre dentro dos padrões delimitados pelo contexto cultural em que se encontra.” (Bisoli-Alves, Moreira, 2007, 196-7)

A família é o núcleo fundamental da sociedade, sendo através dela que a criança recebe os modelos de comportamento e se prepara para a convivência sócio - relacional. A família deve satisfazer as necessidades biológicas do indivíduo e as exigências da sociedade, preparando a sua descendência, para a continuidade dos ciclos vitais que lhe asseguram a existência.

Para Lacan, a família surge como,

“um grupo natural de indivíduos, unidos por uma relação biológica dupla: a geração que permite que o grupo tenha vários componentes e as condições do meio que possibilitam o desenvolvimento dos jovens e que mantêm o grupo.” (Lacan, 1981: 8)

A evolução da família ao longo da história, mostra que esta não se encontra num processo estático, tendo modificações operadas, quer ao nível da sua estrutura, funções e papéis, estes tem variado, de acordo com a cultura onde se insere.

Na sociedade alargada o grupo familiar era uma unidade social por excelência que exercia um grande número de funções, tendo funções de socialização e de reprodução, e também tinha funções produtivas, económicas, políticas e religiosas.

Os efeitos da industrialização provocaram igualmente um grande êxodo rural, as condições familiares alteraram-se, arrastando consigo a separação dos elementos familiares e as famílias extensas, alargadas ou de consanguinidade, foram progressivamente dando lugar às famílias nucleares.

O Estado começa a intervir na segunda metade do séc. XIX, emergindo uma diversidade de instituições que procuram colmatar o papel deixado vago pelos pais biológicos, ausentes ou incapazes de promover as necessidades básicas do agregado familiar.

Hoje em dia, nas estruturas e organizações familiares são bem visíveis estas variações, uma vez que o modelo de referência família nuclear ou conjugal, constituída por pais e filhos do casal, já não é o mesmo.

Existem vários tipos de família na sociedade actual: a família nuclear, é constituída por dois adultos de sexo diferente e os respetivos filhos biológicos ou adotados, já não é para muitos o modelo de referência, embora continue a ser o mais presente. As uniões de facto, são uma realidade semelhante ao casamento, no entanto não implica a existência de qualquer contrato escrito. As uniões livres, não são muito diferentes das uniões de facto, apenas nestas nunca está presente a ideia de formar família com contratos. As famílias recompostas são constituídas por laços conjugais após o divórcio ou separações. É frequente a existência de filhos de casamentos ou ligações diferentes ocasionando meios-irmãos. As famílias monoparentais são compostas pela mãe ou pelo pai e os filhos. São famílias fruto de divórcios, viuvez ou da própria opção dos progenitores, mães solteiras, adoção por parte das mulheres ou dos homens sós, recurso a técnicas de reprodução. O aumento dos divórcios fez aumentar o número deste tipo de famílias já que nesta situação os filhos ficam a viver com um dos progenitores. Na maioria das vezes este progenitor é a mãe, embora já haja alguns homens. As famílias homossexuais são constituídas por duas pessoas do mesmo sexo com ou sem filhos.¹³

A família enquanto unidade de valores já não é regra. O que atualmente se pode encontrar é a multiplicidade de agregados que se vão modificando em virtude da própria dinâmica dos seus elementos individuais, da procura egoísta de felicidade ou da forte cadeia altruísta de solidariedade.

Estamos então, perante uma multiplicidade de estruturas familiares onde a imagem dos mais velhos é muitas vezes desvalorizada.

Existem vários tipos de família na sociedade actual como: a família nuclear, é constituída por dois adultos de sexo diferente e os respetivos filhos biológicos ou adotados, já não é para muitos o modelo de referência, embora continue a ser o mais presente. As uniões de facto, são uma realidade semelhante ao casamento, no entanto não implica a existência de qualquer contrato escrito. As uniões livres, não são muito diferentes das uniões de facto, apenas nestas nunca está presente a ideia de formar família com contratos. As famílias recompostas são constituídas por laços conjugais após o divórcio ou separações. É frequente a existência de filhos de casamentos ou ligações diferentes ocasionando meios-irmãos. As famílias monoparentais são compostas pela mãe ou pelo pai e os filhos. São famílias fruto de divórcios, viuvez ou da própria opção dos

¹³ http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
(acedido a 25/01/2015)

progenitores, mães solteiras, adoção por parte das mulheres ou dos homens sós, recurso a técnicas de reprodução. O aumento dos divórcios fez aumentar o número deste tipo de famílias já que nesta situação os filhos ficam a viver com um dos progenitores. Na maioria das vezes este progenitor é a mãe, embora já haja alguns homens. As famílias homossexuais são constituídas por duas pessoas do mesmo sexo com ou sem filhos.¹⁴

2.2 - Análise sistémica da família

O idoso da contemporaneidade era o adulto desse tempo em que as relações familiares eram estabelecidas com base no pátrio poder, o dono das terras coabitava com uma família extensa: filhos, filhas, genros e noras, em que os filhos só assumiam o poder depois que o idoso morresse. Hoje, esse contexto diminui pelas escolhas que as pessoas fazem, quer pela conjugalidade ou pela parentalidade reduzida e mantida à distância.

A família constitui um sistema dinâmico, no qual, contém outros subsistemas em relação, desempenhando funções importantes na sociedade, como sejam, por exemplo, o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora. Ora, a família como sistema comunicacional contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo.

Ao longo do tempo modificou-se profundamente a estrutura, a dinâmica da família na sua organização interna, tendo como motivo: a diminuição do número médio de filhos, diminuição da fecundidade, aumento do número de pessoas sós, diminuição das famílias numerosas, aumento das famílias recompostas, em virtude do aumento do número de divórcios, aumento das uniões de facto e uniões livres, e, mais recentemente o aparecimento das famílias homossexuais.

Os diferentes tipos de família são,

“entidades dinâmicas com a sua própria identidade, compostas por membros unidos por laços de sanguinidade, de afetividade ou interesse e que convivem por um determinado espaço de tempo durante o qual constroem uma história de vida que é a única e irreplicável” (Giddens, 1999; Alarcão & Relvas, 2002; Amaro, 2006: 71).

¹⁴ http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
(acedido a 25/01/2015)

O sistema familiar é um todo, uma globalidade, em que o todo é mais do que soma das suas partes. A família é um sistema, à semelhança de um organismo vivo e por isso deve ser analisada como um todo onde cada membro é o que é por si mesmo e pelas relações que estabelece com os outros. Os membros procuram definir para si e para os outros membros da família significados, o poder, a formação e distribuição de afetos.

A família não é um sistema estático, mas sim um sistema dinâmico em permanente mudança e transformação.

A família enquanto sistema aberto transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, possibilitando que cada membro tenha as suas formas de se movimentar, realizar tarefas e funções que conduzem ao seu crescimento.

Sem um bom sistema familiar não existe uma verdadeira construção da sociedade, sem partilhas recíprocas que assentem em valores, os sistemas desresponsabilizam-se e desequilibram os compromissos que têm. É por isso, que tanto o sistema familiar como o sistema social, equilibram e desequilibram em função da capacidade ou não para manter o sistema em equilíbrio, dando prioridade ao todo em detrimento das partes. (Parsons, 1979)

2.3 - Ciclo vital da família

Com o decorrer dos anos a família tem mudado de acordo com os vários modelos familiares que coexistem nas sociedades contemporâneas. Desta forma, propõe-se uma definição mais alargada de família, a qual assenta na existência de solidariedade e laços biológicos ou sociais, podendo estes últimos estar ou não oficialmente instituídos.

De acordo com Alarcão (2006), o ciclo vital da família inicia-se com a formação do casal, ou seja constrói-se a partir do namoro, um período composto por magia, de planos futuros, mas também tem por característica ser um tempo curto. O novo Sistema aparece quando há o casamento, dando lugar a uma nova família, ou seja ao sub-sistema conjugal. Cada um dos dois elementos traz as “suas heranças familiares”.

A segunda-etapa do ciclo vital da família é quando a família tem filhos. Nesta etapa surgem dois sub-sistemas (parental e filial), assumem-se novas funções, tarefas e uma reorganização relacional. O casal assume a parentalidade, coexistindo o sub-sistema conjugal e parental, que não devem confundir o seu espaço. A terceira etapa do ciclo vital da família é quando os filhos vão para a escola. Existe um

encontro de dois sistemas (família e escola). A entrada dos filhos para escola constitui para a família “o primeiro grande teste ao cumprimento da sua função externa, e através dela, a sua função interna.”

A quarta etapa do ciclo vital surge quando a família tem filhos adolescentes, sendo a etapa mais difícil e longa. No desafio da gestão da relação entre pais e filhos, os pais devem adquirir e manter funções executivas, não esquecendo que o período da adolescência é conturbado, caracterizado por mudanças e dúvidas. Nesta fase assume lugar de destaque o grupo de pares, decorrendo frequentemente conflitos geracionais.

A última etapa do ciclo vital da família é quando a família tem filhos adultos. Esta fase é cheia de mudanças, de movimento familiar, que se caracteriza por saídas e por entradas, novas relações e novos papéis.

As relações familiares estão formadas em afeto, sentimentos de reciprocidade e de obrigação. Apesar das transformações e das diferenças entre as famílias, eles ainda atendem funções básicas para os idosos. Para estes, a família ainda é a principal fonte de ajuda e de apoio tanto nas atividades domésticas como da vida diária: companhia, e afetos entre outras.

Deste modo, as trocas expressivas, que estão na base das relações de solidariedade continuam primordialmente a desenvolver-se no âmbito da vida familiar.

É na família que se pode encontrar laços de coesão social e de cooperação. É o lugar onde os indivíduos reencontram o seu lugar insubstituível, o abrigo onde recuperam por vezes a sua dignidade perdida. Deste modo, e sob este prisma, a família constitui um instrumento de promoção ética e personalizada de cada membro.

A instituição familiar requer a construção de uma nova dinâmica relacional para prover às necessidades das gerações em interação, confrontando-se essencialmente com três tarefas de reestruturação da família,

“... facilitar a saída dos filhos de casa (...) à construção autónoma das suas próprias vidas”, “... renegociar a relação de casal, agora centrada na meia idade”, “... aprender a lidar com o envelhecimento, primeiramente face às gerações mais idosas e posteriormente face ao próprio” (Imaginário, 2002).

Por outro lado, as diversas gerações que integram uma família avançam no tempo através do ciclo vital, priorizado por eventos que definem as diferentes etapas de crescimento, assim como as tarefas de socialização inerentes a cada um dos elementos no percurso que partilham em conjunto.

Para Alarcão e Relvas (2002),

“A família de hoje já não se traduz a construção mental que faz parte de cada um de nós, pai, mãe e filhos. Cada vez mais encontramos famílias “normais”, à luz dos novos paradigmas em que os membros nem sempre partilham a mesma residência, nem sempre os descendentes são filhos dos adultos da família e nem sempre os adultos são de sexos diferentes.” (Alarcão & Relvas, 2002)

Quando as famílias têm dificuldades na adaptação, inerentes às diferentes etapas do ciclo, podem instalar-se “crises de desenvolvimento”, caracterizadas por serem universais e previsíveis, gerando alterações na função familiar e problemas nos seus membros. Para Relvas (1996) a família desempenha neste ciclo um papel estabilizador, através do processo de socialização, o qual procura produzir nos indivíduos conformidade, por forma a que se adaptem à nova estrutura como um todo a que pertencem.

2.4 - A família na sociedade

Percebemos então que o mundo contemporâneo favorece o modelo familiar que há prioridade ao imediato, à satisfação dos momentâneos prazeres da vida, perdendo-se em consequência, o sentido dos compromissos tornando-se desta forma a família uma estrutura instável. As mudanças não ocorrem exclusivamente nas estruturas, atingem em particular as mentalidades e as atitudes

“... as famílias não são mais o espaço por excelência de afetividade e de amor, muito menos de realização pessoal.” (Fernandes, 1994)

A família é importante para a sociedade, porque é o centro onde nascem e crescem os futuros membros da sociedade. As crianças nascem numa família e, ao nascer, fazem parte da família. É no seio da família que recebem a educação a que têm direito. A família é o primeiro laço de transmissão da cultura. Este papel é insubstituível: o ser humano nasce e cresce no seio de uma família; constrói a sua identidade no seio de uma rede de laços de parentesco.

A família é também a base afetiva em que se constrói a personalidade. É preciso ser amado, encorajado, para adquirir a confiança suficiente para poder autorrealizar-se como pessoa, tornar-se pessoa ativa e participativa na vida da sociedade. O laço familiar é a primeira experiência do laço social. Certamente, é preciso distinguir família e sociedade. Não se podem reduzir uma à outra. Relativamente a qualquer outro laço, o laço familiar é o primeiro, singular, inalienável e insubstituível. A sociedade não tem vocação para se tornar uma grande família, nem a família para se diluir na sociedade.

É na família que se faz a primeira aprendizagem da vida em sociedade. A sociedade, por sua vez, apoia as famílias. Não será preciso alargar o fosso entre as relações sociais conflituosas (nomeadamente profissionais), onde a pessoa não é considerada por si mesma, e as relações familiares meramente afetivas.

A família influencia a sociedade devido à solidariedade familiar. A família tem um papel importante em caso de problemas no trabalho, na saúde, e ajuda os pais que têm atividade profissional, ou apoiar as pessoas mais velhas. E os idosos em muitas situações, devido à crise económica fica com os seus netos para os seus filhos poderem trabalhar. A isto chama-se a geração dos “avós”.

A sociedade vê na família um bem para o seu humano. Pois a família é o berço do homem, o lugar onde é amado por si mesmo. É o domínio privilegiado da gratuidade e do dom, da aliança e da comunhão, que são os valores próprios da pessoa. Numa família onde estes valores se vivem, pelo menos se tentam viver, insere-se ativamente na sociedade e contribui para a sua humanização.

Por vezes nem todas as famílias têm uma boa relação. Não há famílias perfeitas. Não há educação que não apresente falhas nem que não deixe marcas. Um amor que una, sem lei que separe, pode gerar personalidades indefesas perante os desafios da existência; a maior intimidade pode ser ocasião para a maior violência.

A família é uma realidade humana original essencial tanto para o bem da pessoa como para o bem comum da sociedade.

2.5 - A ausência da família na vida do idoso

Por vezes encontramos pessoas idosas isoladas que vão resistindo nas suas aldeias ou em casas degradadas longe dos seus filhos e netos. Também encontramos idosos enclausurados à força ou sob coação, colocados fora do núcleo familiar e aqueles que vão saltitando entre as casas dos diversos filhos, em situações temporárias de hospedagem, dormindo em sofás e com a mala dos seus pertences num cantinho improvisado para aquela situação.

Outra situação é que mantêm a sua independência e habitam sós, sem prejuízo da existência de uma relação saudável de cooperação e respeito com os seus parentes. Outros substituem os seus filhos e assumem a educação e o sustento dos seus netos, comprovando a imprescindibilidade da sua intervenção na vida familiar. Será incorreto, então, generalizar a imagem de que as pessoas idosas já não influenciam a vida familiar,

e que constituem um encargo para os seus descendentes, assim como será incorreto afirmar que todos os agregados familiares violam o pacto familiar.

Os idosos devem ser reenquadrados na família para que se promovam as relações de suporte, com vista à resposta às incapacidades e necessidades de dependência crescentes e do mesmo modo realçar as potencialidades de autonomia e os seus direitos de dignidade.

Para Fernandes (1997), a instituição familiar,

“é ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice.” (Fernandes, 1997)

Existe uma série de fatores que interferem na permanência dos idosos junto dos seus familiares, como o agravamento da pobreza, os conflitos geracionais, a intensidade dos laços familiares no decorrer das suas vidas, a saída dos membros da família para o mercado de trabalho e o aparecimento e/ou agravamento de determinadas patologias que geram um certo grau de dependência, assim como o rompimento de laços afetivos. Para Freitas (2002), a diminuição do apoio familiar aos idosos está relacionada, a maior mobilidade das famílias pelo seu tamanho e o número crescente de separações.

A família é considerada extremamente importante na vida dos seus idosos, mas o convívio entre várias gerações pode gerar grandes conflitos e problemas, tornando-se necessário que os seus integrantes procurem entender o comportamento do seu idoso e, isso deve acontecer da mesma maneira com os outros membros da sua família.

A desagregação das estruturas familiares e a mudança na forma de vida das sociedades industriais, a emergência de valores individualistas e o trabalho da mulher fora do lar, entre outros, fazem com que seja cada vez maior o número de idosos que não envelhecem no seio da família.

Para Dias (1998), a vida das gerações mais novas, é

“preenchida pelas mais variadas exigências e compromissos, não há, muitas vezes possibilidade ou disponibilidade para cuidar dos idosos quando estes precisam de apoio, restando aos idosos procurar a ajuda das instituições ou ficarem sozinhos em casa, a maior parte do tempo” (Dias, 1998).

De acordo com Alarcão e Sousa (2007), os factores que favorecem o crescimento isolado das famílias destacam-se a sobrevalorização do modelo de família nuclear, por contraponto ao da família alargada ou de três gerações, a facilitação da mobilidade geográfica dos indivíduos, o acesso da mulher e, conseqüentemente dos dois adultos

do agregado familiar, ao mercado de trabalho, a valorização das capacidades e competências pessoais, bem como a exaltação de percursos individuais fortemente competitivos. Por outro lado, nem todas as famílias têm uma estrutura pronta para receber um idoso debilitado, nem todos têm uma família grande, às vezes os idosos vivem sozinhos, pois não têm a quem recorrer, ou porque não tiveram filhos, ou porque estão de relações cortadas com a família, ou então porque estão simplesmente sós. Alguns estabelecem novos elos com os seus amigos ou vizinhos, acabando estes por se tornarem no cuidador, naquele que dá apoio.

Em geral, nas sociedades ocidentais, os idosos preferem viver de forma independente, embora perto dos filhos ou parentes próximos, combinando assim uma certa privacidade com a interacção familiar. Viver ou não com os familiares, e sentir-se mais ou menos feliz por isso, muito depende da idade do idoso, da sua saúde ou doença física ou psíquica, das condições económicas, do próprio e da família, das expectativas de outros.

3. O idoso, a saúde e a doença

3.1 - Patologias do envelhecimento

Para Spar & Rue (1997), as principais modificações biológicas que o organismo sofre, decorrentes da idade têm a ver com aspetos gerais, como a perda de elasticidade e tonicidade da pele que leva ao aparecimento de rugas, a perda de acuidade visual, a mudança da cor dos olhos, a sua perda de brilho e o aparecimento de doenças como a presbiopia (ver mal ao perto), a miopia (ver mal ao longe) ou as cataratas (diminuição da acuidade visual com nevoeiro). Há uma diminuição da audição, com surdez progressiva, podendo surgir lesões no ouvido médio e deterioração do ouvido interno. A nível da locomoção surgem algumas modificações que se prendem com a diminuição do peso e da altura. Há uma perda de mobilidade e de flexibilidade, surgindo a artrose (rigidez nas articulações “com que a estalarem” e dores). Os ossos ficam mais frágeis, descalcificados e esponjosos, podendo provocar osteoporose (transformação progressiva do osso num tecido esponjoso, muito sensível a impactos, quebrando

facilmente). As modificações do aparelho respiratório podem provocar insuficiência pulmonar com enfisema (diminuição da elasticidade dos alvéolos pulmonares) existe uma maior vulnerabilidade às infeções gripais. Pode acontecer insuficiência cardíaca e diminuição da capacidade vital. Surgem problemas de arritmias e hipertensão, perda de equilíbrio e de agilidade mental e manual bem como perturbação do sono.

Com o processo de envelhecimento vão surgindo várias doenças que já foram algumas delas referenciadas à pouco, e por vezes muitas destas doenças vão-se tornando crónicas com o passar dos anos.

Uma das doenças é a hipertensão arterial que é uma doença que vai tendo prevalência com o envelhecimento. Mais de 50% dos indivíduos entre os 60 e 69 anos sofrem desta doença e a partir dos 70 anos de idade o número de indivíduos vai subindo. O sintoma mais comum, na doença de hipertensão arterial é a cefaléia.

Apesar da disponibilidade de tratamento efectivo, mais da metade dos pacientes o abandonam em até um ano do diagnóstico. Dentre aqueles que persistem sob cuidados médicos, apenas cerca de 50% tomam ao menos 80% das medicações prescritas. Consequentemente, devido à baixa aderência ao tratamento anti-hipertensivo, aproximadamente 75% dos pacientes com o diagnóstico de hipertensão não atingem adequado controle da pressão arterial.¹⁵

A hipertensão arterial mal controlada pode levar ao comprometimento de órgãos como coração, rins, olhos e sistema nervoso central, levando a insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana (com aumento do risco de enfarte), deficits visuais, insuficiência renal e acidentes vasculares cerebrais. Nos dias de hoje associa-se muito a hipertensão arterial a doenças demenciais, incluindo a doença de Alzheimer. O tratamento adequado diminui de forma significativa os riscos.

Os diabetes mellitus é outra das doenças que surge com o envelhecimento. É caracterizado por a elevação anormal da concentração de glicose sanguínea. É uma doença altamente prevalente, afectando cerca de 150 milhões de pessoas em todo o mundo. As estimativas são de que esse número chegue a 300 milhões no ano de 2025, resultado do envelhecimento populacional, da alimentação não saudável, obesidade e sedentarismo.

Nalguns casos as pessoas que têm a doença de diabetes apresentam aumento de sede e do volume urinário, muitos outros são inicialmente assintomáticos, sendo a doença diagnosticada apenas por exames laboratoriais.

¹⁵ www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm (acedido a 25/05/2015)

O diabetes tem complicações agudas, causadas por descompensações temporárias, podendo chegar até mesmo ao estado de coma, e complicações crónicas. Dentre as crónicas destacam-se as neuropatias que, por alterações de sensibilidade, predispõem ao surgimento de feridas, sendo o exemplo clássico as úlceras em pés; disfunções renais chegando à insuficiência renal com necessidade de tratamento dialítico; alterações visuais, evoluindo à cegueira em casos extremos e complicações cardiovasculares, aumentando o risco de enfartes do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais, principalmente quando associado à hipertensão arterial. A insuficiência arterial periférica, assim como as úlceras causadas pela alteração na sensibilidade podem levar à necessidade da amputação de membros.¹⁶

O tratamento da diabetes inclui dieta adequada, realização de actividade física, controle de outras doenças associadas e uso de medicações, se necessário, porém frequentemente é negligenciado mesmo os indivíduos já orientados sobre a doença.

Outra das doenças no processo de envelhecimento são as doenças reumáticas que são doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática. Existe uma grande panóplia de doenças reumáticas, cada qual com vários subtipos, onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores.

As doenças reumáticas podem ser agudas, recorrentes ou crónicas e atingem pessoas de todas as idades. As mulheres, sobretudo a partir dos 65 anos, são quem mais sofre com as doenças reumáticas.

Os tratamentos apresentam terapêuticas diversificadas e, frequentemente, visam reduzir a dor e a incapacidade e melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do doente.

A osteoartrose é a doença reumática mais comum e a segunda doença que mais causa incapacidade. É uma doença degenerativa e a sua prevalência aumenta com a idade. Uma atitude comum nos idosos é a de acreditar que a doença e os seus sintomas são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento. A osteoartrose comumente é causa de dor importante, incapacidade e perda de independência, porém o tratamento, incluindo orientações, exercícios fisioterápicos, perda de peso, se houver sobrepeso, e

¹⁶ www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm (acedido a 25/05/2015)

uso de medicações analgésicas e protectoras de cartilagem podem minimizar esses comportamentos.

A osteoporose é uma doença que afeta também os idosos. É uma doença esquelética sistémica que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e por uma alteração da qualidade microestrutural do osso, levando a uma diminuição da resistência óssea e ao consequente aumento do risco de fraturas. As fraturas mais frequentes ocorrem nas vértebras dorsais e lombares, na extremidade distal do rádio e no fémur proximal.

É uma doença que atinge sobretudo as mulheres pós-menopáusicas e as pessoas idosas de ambos os sexos.

O diagnóstico precoce faz-se através de uma osteodensitometria de dupla energia radiológica, que permite identificar as categorias e avaliar o risco de fratura. Podem ser feitas, também, avaliações laboratoriais e radiogramas da coluna dorsal e lombar de perfil, para rastrear a presença de deformação vertebral, entre outros exames. Há diferentes abordagens terapêuticas, consoante a história de fratura e fragilidade, mas normalmente implica tanto medicação como outro tipo de medidas. Nos idosos institucionalizados ou com mobilidade reduzida e com propensão para quedas, são equacionados os usos de suplementos de cálcio e de vitamina D, o uso de protectores das ancas e medidas de prevenção das quedas.¹⁷

As cataratas é outra das doenças que atinge muitos dos idosos nos dias de hoje, na maioria dos casos são sujeitos a uma cirurgia. A doença das cataratas é a alteração da transparência do cristalino. As causas da mesma são: envelhecimento, causas genéticas, traumatismos, doenças crónicas dos olhos e doenças sistémicas, como os diabetes. A catarata poderá causar a turvação da imagem, entre outras queixas. O diagnóstico deverá ser feito pelo médico oftalmologista. Na maioria das vezes, os idosos são sujeitos a uma cirurgia, que é a remoção da parte do cristalino opacificado e depois coloca-se um “cristalino artificial” dentro do globo ocular (lente intra-ocular). Desta forma, dá-se a recuperação visual.

A depressão é outra das doenças mais comum nos idosos. O diagnóstico é feito pelos sintomas de humor deprimido ou perda de interesse em quase todas as atividades (ou ambos) e a presença de outros sintomas como distúrbios do sono, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, fadiga ou perda de energia, diminuição da concentração, alterações do apetite ou peso, agitação ou retardo psicomotor e pensamentos

¹⁷ <https://sites.google.com/site/sernestoraterceiraidade/doencas-associadas-ao-processo-de-envelhecimento> (acedido a 25/05/2015)

recorrentes de morte ou suicídio. Nos idosos os sintomas mais comuns é terem menos sintomas de tristeza e mais irritabilidade, ansiedade ou alterações nas habilidades funcionais. Muitas vezes apresenta-se com perda de memória e sintomas físicos.¹⁸

A depressão quando não tem um tratamento adequado pode ter importantes impactos pessoais, sociais e económicos, devido à má qualidade de vida, declínio funcional, perda de produtividade e aumento nas taxas de mortalidade. A doença pode ser tratada com psicoterapia e uso de medicações antidepressivas e por vezes o isolamento.

Uma doença que ataca também os idosos é a doença de Alzheimer que é uma doença do cérebro (morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro), progressiva, irreversível e com causas e tratamento ainda desconhecidos. Começa por atingir a memória e, progressivamente, as outras funções mentais, acabando por determinar a completa ausência de autonomia dos doentes. Os doentes de Alzheimer tornam-se incapazes de realizar a mais pequena tarefa, deixam de reconhecer os rostos familiares, ficam incontinentes e acabam, quase sempre, acamados. É uma doença muito relacionada com a idade, afectando as pessoas com mais de 50 anos. A estimativa de vida para os pacientes situa-se entre os 2 e os 15 anos.

Não existe nenhum exame que permita diagnosticar, de modo inquestionável, a doença. A única forma de o fazer é examinando o tecido cerebral obtido por uma biopsia ou necrópsia. Assim, o diagnóstico da doença de Alzheimer faz-se pela exclusão de outras causas de demência, pela análise do historial do paciente, por análises ao sangue, tomografia ou ressonância, entre outros exames.¹⁹

No início da doença observam-se pequenos esquecimentos, perdas de memória, normalmente aceites pelos familiares como parte do processo normal do envelhecimento, que se vão agravando gradualmente. Os pacientes tornam-se confusos e, por vezes, agressivos, passando a apresentar alterações da personalidade, com distúrbios de conduta. Acabam por não reconhecer os próprios familiares e até a si mesmos quando colocados frente a um espelho.

À medida que a doença evolui, tornam-se cada vez mais dependentes de terceiros, iniciam-se as dificuldades de locomoção, a comunicação inviabiliza-se e passam a necessitar de cuidados e supervisão integral, até mesmo para as atividades elementares

¹⁸ www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm (acedido a 25/05/2015)

¹⁹ <https://sites.google.com/site/sernestoraterceiraidade/doencas-associadas-ao-processo-de-envelhecimento> (acedido a 25/05/2015)

do quotidiano, como alimentação, higiene, vestuário, etc. A doença de Alzheimer não tem cura.

A doença de Parkinson é um dos distúrbios do movimento que mais ataca os idosos. É caracterizada por quatro sinais essenciais: rigidez, tremor, bradicinesia, e instabilidade postural. Há também comprometimento cognitivo que, aliado ao distúrbio motor, gera incapacidade comparável aos acidentes vasculares cerebrais.

A doença de Parkinson é caracterizada por um desequilíbrio do sistema nervoso central que afecta milhares de pessoas. Porque não é contagioso e não tem que ser relatado por médicos, a incidência da doença é frequentemente subestimada. A doença de Parkinson pode aparecer em qualquer idade, mas é pouco comum nas pessoas com idade inferior a 30 anos, o risco de desenvolvê-la aumenta com a idade. Ocorre em todas as partes do mundo, e os homens são ligeiramente mais afectados do que mulheres.

Alguns dos sintomas preliminares da doença de Parkinson são: a rigidez dos músculos. Pode ser retardada por medicamentos de anti-Parkinson, mas a rigidez começará a aparecer na mesma, mas com a toam dos medicamentos é um processo mais lento. O tremor é o sintoma que o público identifica mais frequentemente com a doença de Parkinson, mas de facto, mais de 25% dos pacientes apresentam apenas um tremor muito ligeiro ou mesmo nenhum. Quando está presente, o tremor pode ser pior num só lado do corpo. Além de afectar os membros, envolve às vezes a cabeça, a garganta, a cara e os maxilares. A bradicinesia significa a lentidão do movimento. Este sintoma é caracterizado pelo atraso em iniciar os movimentos, causados pela demora do cérebro em transmitir as instruções necessárias às partes apropriadas do corpo. Quando as instruções são recebidas, o corpo responde lentamente em enviá-las para fora. A instabilidade postural é por vezes colocada como fazendo parte da rigidez muscular. O seu achado deve-se à perda de reflexos posturais. A propriocepção muscular e articular, o sistema vestibular e a visão são algumas das fontes de alimentação do sistema extrapiramidal no controlo do tono postural.²⁰

Para prevenir as doenças no envelhecimento, mais propriamente as doenças crónicas, é necessário fazer a prevenção primária e secundária. Quando as condições crónicas são mal gerenciadas, os encargos de saúde tornam-se excessivos, tanto para o governo, como para os familiares e para a sociedade em geral.

²⁰ <https://sites.google.com/site/sernestoraterceiraidade/doencas-associadas-ao-processo-de-envelhecimento> (acedido a 25/05/2015)

Os profissionais de saúde, pois são os profissionais que mais lidam com estas situações, têm como missão estimular a população a manter hábitos de vida mais saudáveis, além da manutenção de seguimento médico regular a fim da realização de diagnóstico precoce, caso essas condições se manifestem. O objectivo desses cuidados é não só aumentar o tempo de vida como a sua qualidade. O maior desejo é manter independência e autonomia de cada indivíduo pelo maior tempo possível.

Observa-se que por vezes as mudanças de hábitos de vida muitas vezes são mais difíceis de serem mantidas do que tratamentos medicamentosos, pois envolvem padrões de comportamento alicerçados por anos. Há ainda um certo descrédito quanto aos seus benefícios.

Nos cuidados específicos ao idoso, com todas as suas particularidades e presença frequente de várias doenças associadas, torna-se ainda mais importante a educação em saúde e uma abordagem holística. É importante que o idoso tenha informações sobre as doenças existentes, prevenção e tratamento, para que possa realmente sentir o quanto ele pode fazer por si mesmo. Os tratamentos propostos devem ser adequadamente a cada indivíduo. Para a tenção global ao idoso tem-se cada vez mais a certeza de que há grande benefício na atuação da equipa.

3.2 - Envelhecimento Ativo

O aumento da esperança média de vida, com saúde e independência, o mais tempo possível, deve ser encarado como um objectivo a atingir e uma oportunidade em qualquer idade e constitui um dos maiores desafios do nosso tempo, para que o envelhecimento seja uma experiência positiva e para que as pessoas e os poderes decisores invistam no potencial humano, para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida. É importante que todos os idosos tenham um envelhecimento ativo para que consigam ter uma vida saudável.

A OMS (2012), definiu o envelhecimento ativo como:

“o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece... (que permita) que as pessoas desenvolvam o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida e participam conforme as suas necessidades, desejos e capacidades.”
(OMS, 2012)

De acordo com a OMS a palavra “activo” diz respeito à participação contínua nas questões sociais económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade

de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho. Foi ainda definido pela OMS como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

No envelhecimento ativo existem pilares que suportam este conceito que são, a saúde, a participação social e a segurança. No que respeita à Saúde, este tem como objectivo manter os factores de risco baixos e os factores de protecção elevados, permitindo uma maior qualidade e quantidade de vida. Quanto à Participação, tem como propósito o apoio à participação integral em atividades socioeconómicas, culturais e espirituais, permitindo aos idosos contribuírem para a sociedade. A Segurança requer a intervenção política na segurança social, física e financeira, assegurando assim a protecção, dignidade e assistência quando os Idosos já não o podem fazer. (OMS, 2012)

O envelhecimento ativo implica autonomia (controlo), independência (nas AVD – Atividades de Vida Diária e nas AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária), qualidade de vida e expectativa de vida saudável. Como determinantes do envelhecimento ativo, compreendido sempre uma perspectiva de género e de cultura, temos as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais.

Segundo Constança Paúl, citando Birren (1991) o envelhecimento activo tem três componentes,

“a) o processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer; b) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade em relação a este grupo etário; c) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de envelhecimento” (Birren cit in Paúl, 1991)

O envelhecimento activo depende de uma variedade de determinantes, que envolvem indivíduos, famílias e nações. A cultura é um dos factores determinantes transversal dentro da estrutura para compreender o envelhecimento activo, pois abrange todas as pessoas e populações, modela a nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros factores determinantes do envelhecimento ativo, “os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento” (Ivo, 2008)

O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial físico, social, mental e bem-estar ao longo da vida e de participação na sociedade, proporcionando-lhes simultaneamente uma protecção adequada, segurança e cuidado

quando eles precisam. Implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar na intervenção para a promoção da saúde das pessoas mais idosas.

A palavra ativo, veio contribuir para um enorme progresso na forma dinâmica como encaramos as pessoas mais velhas, refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais, religiosas e ao reconhecimento pela sociedade como cidadãos de pleno direito, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte de força de trabalho.²¹

Ser activo, segundo a OMS (2012),

“(...) refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas (...) podem continuar a contribuir activamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países.”

O envelhecimento ativo tem como objectivo aumentar a expectativa de vida saudável assim como a qualidade de vida. Este objectivo não só se destina a todas as pessoas que estão a envelhecer como também às que se encontram frágeis, fisicamente incapacitadas e que necessitam de cuidados.

A política de envelhecimento ativo preconizada pela OMS tem como grande meta, manter a autonomia e independência para as pessoas idosas.

É importante que no envelhecimento haja um estilo de vida saudável. É difícil negar a influência que exercem na saúde aspectos como a dieta, consumo de tóxicos, horários, a prática de actividade física ou mesmo o sedentarismo.

De acordo com Bourdieu (1983), conclui-se que,

“Construir uma vida saudável implica em adoptar certos hábitos – como é o caso da actividade física e da alimentação saudável – enfrentar condições ou situações adversas; e também estabelecer relações afectivas solidárias e cidadãs, adoptando uma postura de ser e estar no mundo com o objectivo de bem viver.”

Assim, como já se pode constatar, de entre todos os elementos dos estilos de vida existentes pode-se encontrar a actividade física, os hábitos alimentares e por fim, mas não o menos importante, as crenças e valores de cada ser humano.

A actividade física é importante para a realização de um envelhecimento ativo saudável.

A actividade física é um movimento corporal resultante de contracção muscular onde

²¹ www.fpcardiologia.pt/envelhecimento-ativo-2/ (acedido a 25/05/2015)

ocorre gasto de energia maior do que em repouso. Esta pode ser exemplificada através de desportos, exercícios físicos, alguns trabalhos de lazer e actividades utilitárias. Assim, conforme esta definição conclui-se que a actividade física é um conjunto de movimentos e que o exercício físico é uma especificidade da mesma.

Um dos objectivos da actividade física é a manutenção da capacidade funcional, visto que previne e reduz algumas incapacidades funcionais que advêm do envelhecimento. Para além disto, a actividade física apresenta benefícios psicossociais, pois favorece a criação de laços de amizade com outros indivíduos da mesma idade ou mesmo mais novos.

Cada vez mais se deve educar os idosos para a prática de exercício físico ou mesmo uma outra actividade física qualquer. Os idosos devem possuir a ideia de que o exercício regular,

(...) é benéfico para evitar diversas alterações produzidas pelo envelhecimento. Em nível psíquico produz sensação de bem-estar, diminuindo a ansiedade e a depressão. A melhora da capacidade física gradualmente aumenta a autoconfiança, podendo determinar uma vida mais activa. (Filho e Netto, 2006, p.688)

Outro elemento que pode condicionar os estilos de vida e com um papel influenciador ao longo de toda a vida é o hábito alimentar. Como se sabe o envelhecimento acarreta modificações como a alteração do gosto e do olfacto. Para além disso, há uma gestão insuficiente de energias armazenadas e da utilização dos nutrientes por parte do organismo, o que aumenta o risco de défices nutricionais. Normalmente, a alimentação dos idosos difere pouco da dos indivíduos mais jovens, no entanto é importante ter em atenção certas especificidades. No caso dos idosos há especial cuidado à falta de ácidos gordos essenciais, cálcio e vitaminas B, D e E.

As crenças e os valores também entram no estilo de vida, pois a faixa etária dos idosos preocupa-se com as suas crenças e valores. Todas as pessoas, de uma forma geral, necessitam de se sentirem integradas dentro de um grupo social, onde existe escalas de valores e crenças que de certa forma determinam o valor moral e ético dos comportamentos que se colocam em manifesto.

4. Institucionalização do idoso

4.1 – Instituições de apoio a idosos – Lares de Terceira Idade

Os lares de terceira idade caracterizam-se por ser estabelecimentos onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas, através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes.²²

Os lares de terceira idade não devem ser conhecidos pelo isolamento nem serem espaços de uniformização da vida dos seus residentes, pois cada ser humano tem especificidades e multidimensionalidades ímpares. O melhor espaço para a pessoa idosa residir é aquele que oferece conforto, segurança, tranquilidade que supre as necessidades de vida diária, como também atende aos aspetos físicos, sociais e afetivos. Quando se procura um local para viver, um elemento que favorece a escolha é a possibilidade de estrutura da instituição aproximar-se, o máximo possível, à sua residência.

Antigamente as instituições que tinham como função principal abrigar os idosos sem condições financeiras para o pagamento das suas despesas passaram a ter uma nova missão na sociedade de hoje, marcada pelo envelhecimento: cuidar de idosos necessitados de várias modalidades de serviços, em face das perdas funcionais que

²² www.bdigital.ufp.pt/bistream/10284/681/2/Dissertacao-Dr-Sergio-FranciscoCostaGomes.pdf (acedido a 25/01/2015)

tornaram problemática a vida a sós ou com a família. Essas casas beneficentes/filantrópicas, assim como as clínicas geriátricas e as casas de repouso.

Os idosos e as idosas são muitas vezes institucionalizados/as por loucura, por doença, por pobreza, por solidão e até por autorrejeição. Os lares são uma das soluções para os idosos e idosas dependentes.

De acordo com Pimentel (2001),

“é diferente prestar cuidados a um idoso com baixo nível de dependência e a um idoso com elevado nível de dependência, porque as exigências colocadas aos prestadores de serviços são diferentes. Todavia, hoje, esta solução é substituída por “centros de convívio”, por “residências ou lares de terceira idade” e por organizações de serviços de apoio domiciliário.” (Pimentel, 2001)

Os lares representam uma função social significativa, no qual precisará manter, à medida do possível um ambiente familiar, permitindo ao idoso um local de moradia especializado, possibilitando que ele traga objetos pessoais e peças decorativas da sua casa, pois, essa atitude fornecerá um toque mais familiar e acolhedor, facilitando o processo de adaptação. Os cuidados direcionados à pessoa deverá acontecer sob parceria da instituição com as famílias e a comunidade.

Quando o idoso entra para um lar de terceira idade está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição, que não a sua família, sendo idosos institucionalizados residentes os que vivem 24 horas por dia numa instituição, no caso de lares ou residências.

Para Santos e Encarnação,

“As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rutura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são regulares por uma única entidade.” (Santos e Encarnação, 1998, p. 239)

Hoje em dia, começam a surgir novas e diferentes instituições, cada uma com a sua filosofia organizacional. Muitas investiram na inclusão de ambientes para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito à identidade do idoso.

4.2 – Contributos do psicólogo em Lares de Terceira Idade

A Psicologia e o psicólogo, têm como objectivo geral otimizar o processo adaptativo, tanto com intervenções sobre as necessidades do próprio sujeito, bem como do seu ambiente familiar e social.

As necessidades seguintes representam áreas de intervenção prioritárias: Necessidade de promover a Psicologia da saúde e o bem-estar no decurso da vida; Necessidade de avaliação/intervenção psicológica na saúde mental das pessoas idosas; Necessidade de avaliação/intervenção psicológica em pessoas idosas com deficiência; Necessidade de apoio psicológico às famílias; e por último a Necessidade de integração social e comunitária das pessoas idosas.

Ao psicólogo compete compreender as necessidades afetivas da pessoa idosa, apoiando na criação de relações humanas com mais qualidade e ajudando a explicar alguns comportamentos mais confusos.

O envelhecimento é um fenómeno que pode ser caracterizado por diversas alterações a vários níveis: ao nível biológico com o aumento das doenças e mudanças físicas. Ao nível social com a alteração das suas rotinas diárias, nomeadamente com a entrada da reforma. Ao nível psicológico com modificações das atividades intelectuais e das motivações dos idosos.

O psicólogo para além de escutar ativamente o que o idoso pretende transmitir, contribua para diagnosticar ou prevenir doenças degenerativas, como o caso do alzheimer através de testes psicológicos que permitam uma avaliação do estado cognitivo do idoso.

Em suma é importante que as instituições tenham um psicólogo a tempo inteiro ou tempo parcial, pois cada vez existem mais idosos que sofrem de doenças degenerativas e por vezes num grau bastante elevado e com a presença do psicólogo na instituição o processo da doença poderia ser mais lento.

4.3 – Principais causas da institucionalização dos Idosos

A entrada para o lar deve-se sobretudo a problemas económicos ou sociais, mas também devido a problemas de saúde. Em alguns casos os idosos optam por o apoio domiciliário, pois os cuidados prestados são menos dispendiosos para o idoso a nível financeiro, e o idoso também demonstra maior preferência pela continuação em sua casa, onde não haverá um corte com a relação afectiva com objectos e pessoas que ao longo da vida foram construindo e acumulando.

Cada vez mais os idosos recorrem às instituições públicas, devido à dificuldade financeira que o país atravessa, mas hoje em dia as instituições públicas são equiparadas às instituições privadas. Pois à uns anos atrás os idosos optavam por as instituições privadas por terem melhores condições, pois as instituições públicas tinham o que não proporcionam as melhores condições nem os melhores cuidados, apesar disso um equipamento de apoio à população surge como a única alternativa para muitas famílias mesmo tendo em conta os vários condicionalismos adjacentes.

O idoso ou a família do mesmo para o idoso entrar num lar terá de realizar alguns procedimentos. O primeiro passo que o idoso terá de efectuar para entrar no lar, é à instituição que pretende ficar e realizar a sua inscrição pois na maioria dos casos a instituição tem as vagas cheias, depois na instituição lhe dirão o tempo de espera (por vezes demora meses ou anos).

Quando chega à vez do idoso entrar instituição, o idoso é contactado pela instituição, para a mesma saber se o idoso ainda está interessado. Se o idoso tiver interessado terá de ir à instituição com um familiar.

Na instituição é pedido ao idoso os seus documentos e ficará a saber a prestação que fica a pagar todos os meses e é-lhe dado o regulamento interno da instituição e ficará a saber como é o funcionamento da instituição. O familiar do idoso (representante contratual), que na maioria dos casos é um filho também lhe é pedido os seus documentos para a elaboração do contrato e também ficará a saber como é o funcionamento da instituição e todas as informações necessárias.

Depois deste processo o idoso vai conhecer o quarto onde irá ficar, o resto da instituição, os outros utentes e os funcionários da mesma. O idoso e o familiar combinam com a encarregada quando o idoso entrará para a instituição e quando leva os seus pertences.

No decorrer do processo de institucionalização será elaborado o processo individual do idoso e a família também participará no processo de institucionalização. Pois é muito importante que a instituição e a família esteja ligada para que o processo de institucionalização do idoso não seja tão doloroso tanto para família como para o idoso.

4.4 - A família na institucionalização do idoso

Cada vez mais na nossa sociedade os idosos são institucionalizados, por diversas razões, uma delas é a família dos idosos não terem tempo para cuidar dos seus idosos

devido a estarem a trabalhar e terem filhos, logo optam por institucionalizar os seus idosos.

De acordo com Cabral (1994),

“As pessoas estão cada vez mais condicionadas pelos locais de trabalho, onde acabam por tomar, (...) as refeições. As crianças e o idoso crescem e vivem nos espaços coletivos que lhe são impostos, com poucas ligações ao ambiente familiar.”
(Cabral, 1994)

Os idosos institucionalizados, e por consequência os funcionários e familiares dos mesmos, enfrentam, de facto, as maiores dificuldades para conseguirem um envelhecimento com qualidade. Isto deve-se a dois fatores:

O primeiro fator é de se começar a fazer sentir em pleno os efeitos da institucionalização massiva de idosos, isto é, tal como aconteceu noutros setores da sociedade portuguesa, na educação e na saúde, por exemplo, há muitos idosos que já estão ou precisam de ser institucionalizados.

O segundo fator, menos visível, consiste na matriz socializadora da geração dos idosos atuais que viveram e experienciaram processos de socialização e de construção identitária mais seguros, previsíveis e estáveis e menos diversificados do que os das gerações mais novas, por exemplo dos seus filhos.²³

Na sociedade atual, os processos de socialização vão no sentido de maior independência e reciprocidade das relações intergeracionais familiares, logo os filhos e os pais estão “preparados” para viverem as suas vidas com maior independência. Cabe às gerações mais novas, aos filhos dos idosos institucionalizados, fazerem um esforço, retribuindo assim aos seus pais o esforço que eles fizeram no sentido de compreenderem as suas necessidades de maior independência. Como refere Moragas (2004) trata-se de manter as relações intergeracionais e familiares em equilíbrio e satisfação para ambas as partes, colocar a tónica na cooperação não no conflito de papéis.

A institucionalização dos idosos em lares, implica quase sempre o abandono dos papéis de família de procriação (que, aliás, na maioria das vezes estavam já terminados ou com reduzida importância) sobretudo papéis de pais e de avós. Por outro lado, implica também um corte mais ou menos profundo com os papéis de família de orientação, sobretudo irmãos, sobrinhos e outros parentes mais afastados.

²³<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/362613/Artigo%20RTG2.pdf> (29/01/2015)

De acordo com Relvas (1996), existem diferenças nas,

“relações com a “família de adoção” são limitadas no tempo, enquanto que as relações com a família de procriação e de orientação são relações de e para toda a vida; os afetos que se ganham sobretudo da parte dos funcionários da instituição são tendencialmente generalizados e não exclusivos; e, finalmente, os modos de vida e as atividades propostas revelam uma maior uniformidade.” (Relvas, 1996)

Por mais eficaz que seja a instituição, por mais competentes e afetivos que sejam os funcionários, o lugar dos elementos da família jamais será colmatado na íntegra. Logo, é necessário manter um contato estreito com a família dos idosos institucionalizados.

Os familiares, assim como os funcionários e os próprios idosos devem, antes de mais, aceitar o envelhecimento como mais um estágio de socialização próprio da condição humana. Neste sentido, cabe aos familiares das pessoas institucionalizadas, fazerem o que está ao seu alcance para manterem a normalidade dos laços afetivos com essas pessoas.

Na institucionalização dos idosos existe muitas vezes ruturas afetivas, a necessidade de construção de novos afetos, mas tudo será mais simples e menos doloroso, se essas ruturas não ocorrerem de forma tão abrupta e irreversível. Se isto acontecer o idoso não se sentirá tão “vazio” e poderá construir com muito mais serenidade os seus novos afetos e experimentar novas atividades.

Para Carrajo (1999), as visitas dos familiares ou os convites para os idosos passarem alguns dias em casa da família, entre outros benefícios, aumenta a auto-estima dos idosos junto dos seus companheiros de instituição. A auto-estima dos que são visitados aumenta, em contrapartida a auto-estima dos que não são visitados por familiares diminui.

O meio físico e social dos idosos institucionalizados deve ser um meio de desenvolvimento ótimo.

Nota-se também que muitas vezes o idoso não se encontra preparado psicologicamente para morar com outra família, pois os conflitos intergeracionais que surgem podem dificultar as relações. A viuvez, perda do companheiro de longos anos, de caminhada e de lutas, as rotinas da vida dos filhos, netos, noras, genros... pode ocasionar na mulher a solidão e fazer com que a mesma opte, mesmo que às vezes contrariamente, a residir numa instituição.²⁴

²⁴ [www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf\(09/02/2015\)](http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf(09/02/2015))

A institucionalização, e o processo de adaptação trazem consigo mudanças radicais na vida do idoso. A convivência diária com os seus familiares passa a ser fracionada por alguns dias da semana ou alguns dias do mês.

Devido à dependência, abandono e até mesmo por outros fatores, alguns idosos acabam por ser institucionalizados, tendo como consequência o distanciamento do seu espaço familiar em que viveram por muito tempo, mesmo que este tenha sido um tempo muito difícil. Na maioria das vezes, os idosos são institucionalizados contra a sua própria vontade, tornando-se, desta maneira uma espécie de “prisioneiros” da instituição. Grande parte dos familiares após a institucionalização do seu idoso, não retoma mais à instituição, para visitá-los, delegando os cuidados do idoso, a profissionais, muitas vezes, despreparados e desqualificados para a função.²⁵

Várias são as situações em que os idosos são totalmente dependentes, sendo incapazes de realizar as atividades básicas, nesses casos, se a família tiver uma actividade laboral, a tendência é manter o idoso numa instituição, mesmo que contrário à sua vontade, podendo muitas vezes ser enganado quanto ao que representa a instituição para onde está sendo encaminhado, da qual poderá nunca mais sair.

Cada vez mais os familiares procuram instituições que possuam trabalhadores qualificados, com habilidades técnica, conhecimento e disposição pessoal para trabalhar com os idosos. A institucionalização poderá propiciar um convívio social da pessoa idosa com pessoas da mesma faixa etária, permitindo um resgate da auto-estima minimizando o sentimento de solidão.

De acordo com Perlini (2007), quando as famílias optam pela institucionalização do idoso,

“procuram uma instituição que ofereça um ambiente agradável, com companhia, proporcionando os cuidados necessários e que seja um espaço de convivência e socialização entre os moradores. Os familiares acreditam que, por meio de visitas, podem manter os vínculos afetivos, dar carinho e afeto, conversar, realizarem atividades juntos e fornecerem o suporte financeiro.” (Perlini, 2007)

Silva (1995) invoca por parte dos familiares do idoso a falta de condições socioeconómicas e por vezes psico-afetivas, procurando a resolução na institucionalização do idoso. A viabilidade de institucionalizar o idoso pode ser também

²⁵ www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a15v57n3.pdf (10/07/2014)

consequência da situação laboral do seu familiar e tal situação torna-se mais evidente quando existe emprego a tempo inteiro e com rotinas inflexíveis. A inserção do idoso na instituição deve-se de uma forma geral às condições de saúde precária, à avançada idade, à debilidade física ou mesmo a algumas manifestações de comportamento alterado ou mesmo comprometedor (alterações cognitivas), sendo que alguns idosos já encontram algumas dificuldades em exercer as suas atividades diárias.

Por outro lado, culpar a família pela institucionalização do idoso não interfere positivamente em nada, ao contrário, tentar compreender a circunstância que a leva a interna-lo, contudo, em avaliando as forças e as fragilidades da família, pode vir a nos ajudar a avaliar como que determinadas necessidades do idoso afetam a relação familiar.

Em suma a institucionalização significa a última fase da vida do idoso, a reorganização a que a pessoa idosa se vai sujeitar ao entrar em contato com uma nova realidade, que aos seus olhos é como uma mudança radical no seu padrão de vida.

4.5 - Papel do Assistente Social nos lares

O papel do assistente social passa por situar o indivíduo dentro do seu sistema familiar e comunitário. Tem de ter em conta que o sistema de valores e normas não tem constância, que variam de indivíduo para indivíduo e que apesar de se trabalhar para os idosos, cada indivíduo tem uma identidade própria. Portanto, o Assistente Social assume o papel de mediador, que pressupõe autonomia técnica, um posicionamento aberto, uma capacidade de diálogo e de acção e uma competência acrescida que implica formação qualificada. A palavra mediador é o principal instrumento de trabalho do assistente social, que permite criar empatia com os familiares, idosos para que estes adquiram um pensamento estratégico para reorientar o seu comportamento.

O Assistente Social no lar de idosos tem várias funções como: fazer atendimento social, atendimento ao nível da saúde (quando na instituição não existe nenhum técnico de saúde), atendimento à família. Também faz visitas diárias a todos os idosos onde eles expõem os problemas que têm, e se for conveniente contacta-se a família.

Quando está para entrar um idoso na instituição o assistente social visita o idoso, a família e o meio em que ele está inserido, avalia a situação e elabora um relatório. Quando, o relatório permite ser discutido em reunião de direcção quem vai ser seleccionado para a vaga existente, quando o utente é admitido na instituição, o assistente social recebe o utente e as famílias, porque é necessário preencher

documentos, depois os utentes acabam por ter uma ligação mais próxima com os prestadores de cuidados do que com o assistente social.

Dentro da instituição e dentro da dinâmica de trabalho em equipa multidisciplinar, o assistente social juntamente com o psicólogo (quando existe psicólogo na instituição), que tem como função o apoio psicossocial dos idosos, devem dar apoio não só no momento de integração na instituição mas ao longo de todo o processo de institucionalização, de modo a permitir a interacção do idoso com os que os rodeiam (família, instituição, funcionários, amigos). O assistente social deve também coordenar as actividades em conjunto com um animador sócio-cultural, de modo a que os idosos ocupem algum do seu tempo interagindo com o resto dos idosos, ou participantes na actividade. O que se pretende essencialmente, na institucionalização é proporcionar o bem-estar dos idosos.

Outra função do assistente social na instituição é ter a responsabilidade de tomar conhecimento e realizar todas as diligências necessárias aquando da saída de um utente seja esta devido ao seu encaminhamento para outra instituição e/ou valência, quer seja para casa dos familiares (raramente acontece) ou por falecimento. Em qualquer função que o assistente social realize, a existência de uma relação de ajuda, mediação e proximidade para com os idosos e a família.

O assistente social é mediador na interacção entre o idoso institucionalizado e a família, porque quem toma as decisões da vida do idoso é a família quando o idoso não está lucido das acções, pois é muito importante que a família participe no processo de institucionalização do idoso. O assistente social deve promover a relação entre a família e a instituição, deve facilitar a possibilidade do idoso passar um fim-de-semana, férias com a família, o idoso não deve permanecer todo o ano no lar. Deve abrir o lar à família, visitar os quartos, casa, onde o idoso está, que deve ser promovida a interacção. O idoso pertence à família, o idoso está melhor no lar, a instituição deve apostar em manter uma ligação. É um bom trabalho entre idoso, a instituição e a família

O Assistente Social, é sem dúvida um elo de ligação entre a instituição em que se encontra inserido, o idoso e a família que usufruem dos serviços da instituição, pois este profissional promove uma aproximação entre as partes envolvidas, levando ao estabelecimento de redes de comunicação, promoção dos direitos e deveres, faz a ligação entre as redes de suporte social e gere a resolução de conflitos que possam existir de forma a diminuí-los e/ou extingui-los.

4.6 – Especialização de Psicogerontologia/Gerontologia nos Lares de Terceira Idade

Gerontologia é, o estudo do processo de envelhecimento, com base nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, psicocomportamentais e sociais, acrescentando dados fundamentais a outros ramos, igualmente importantes na investigação do idoso, como: a Geriatria, que trata das doenças no envelhecimento; a Gerontologia Social, incidindo nos processos psicossociais manifestados no mesmo.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2000), a Gerontologia é o estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento. De uma forma geral, podemos dizer que os gerontologistas procuram explicar: 1) os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades podem levar uma vida independente; 2) o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, como é que os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência) e 3) a idade enquanto padrão de comportamento social.

O estudo da Gerontologia é bastante importante pois, procura estudar o processo do envelhecimento que tem como objectivo cuidar da personalidade e da conduta do idoso, considerando aspetos ambientais e culturais do envelhecer. É, portanto, uma área da ciência que abrange a medicina e o psicossociológico.

A psicologia e a gerontologia, por um lado estão interligadas, pois é a procura de conhecer os processos do envelhecimento, diagnosticar e tratar doenças principalmente nesta faixa etária. Uma vez que se dá atenção à qualidade de vida e bem-estar do idoso, há maior probabilidade de se evitar doenças psicológicas e fisiológicas.

O idoso deverá ser encarado como um agente ativo do desenvolvimento social, com direito a permanecer autónomo o maior tempo possível e com uma vida digna e respeitada. Daí tornar-se, hoje em dia, uma temática de significativa e relevante importância nas várias áreas de investigação dos processos da vida humana, com uma mais pertinente consciencialização dos problemas que esta idade coloca.²⁶

A Gerontologia Social, é uma área específica da Gerontologia, pois é uma área científica de formação recente e que constitui uma exigência e necessidade das sociedades contemporâneas. Na verdade, surge como construção de uma área transdisciplinar do conhecimento, na procura do saber sobre as interdependências entre o envelhecimento humano e social, designadamente ao nível do impacto dos fenómenos do

²⁶ www.bdigital.ufp.pt/bistream/10284/681/2/Dissertacao-Dr-Sergio-FranciscoCostaGomes.pdf
(acedido a 25/01/2015)

envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na proteção social, no direito, nas representações sociais sobre a vida, a morte e o envelhecimento, bem como nas práticas culturais e na relação com o tempo.²⁷

Cabe à Gerontologia não apontar o idoso como um problema social, mas conceber essa fase de vida e as suas possibilidades como resultantes de ações multidimensionais e, neste sentido, considera-se a Gerontologia como uma disciplina científica multi-interdisciplinar, tendo como finalidade o estudo dos idosos, as características desta idade como fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais.

Para atenuar estes aspetos do envelhecimento, a gerontologia preocupa-se com melhoramentos possíveis. Por exemplo, uma redução progressiva da atividade profissional favoreceria o aparecimento de ocupações anexas compensadoras, dado que em lugar de se sentir diminuído, física e moralmente, o idoso aprenderia a desenvolver as suas novas capacidades, em vez de lamentar aquelas que desaparecem.

No processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento, é estudo por a Psicogerontologia ou a psicologia do envelhecimento que estuda as mudanças regulares, que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos que vivem em ambientes igualmente representativos, à medida que avançam na idade cronológica.

²⁷ www.bdigital.ufp.pt/bistream/10284/681/2/Dissertacao-Dr-Sergio-FranciscoCostaGomes.pdf (acedido a 25/01/2015)

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

5. Metodologia

5.1- Desenho da Investigação

O estudo da investigação tem como base uma questão de partida, que é “De que forma é que a família contribui para o processo de institucionalização do idoso?”. A investigação terá de seguir pela questão de partida, pois no fim da investigação haverá uma resposta para a questão de partida, colocada no início da investigação.

A investigação segue de acordo com o objetivo geral e os objetivos específicos da investigação. A investigação tem como objectivo geral: perceber a importância da família no processo de institucionalização.

Os objetivos específicos da investigação são os seguintes: compreender como o idoso vê o seu processo de institucionalização; perceber o papel da família no processo de institucionalização do idoso e entender como a institucionalização do idoso modifica a relação do mesmo com a família.

A metodologia utilizada nesta investigação será a da Myriam Veras Baptista.

A Myriam Veras Baptista considera dez fases na metodologia de intervenção, sendo estas: 1) construção/reconstrução do objeto; 2) estudo de situação; 3) definição de objetivos para a ação; 4) formulação e escolha de alternativas; 5) montagem de planos, programas e/ou projetos; 6) implementação; 7) implantação; 8) controle de execução; 9) avaliação do processo e da ação executada; 10) retomada do processo em um novo patamar. (Baptista, 2000: 30)

Com o decorrer do projeto será utilizada a metodologia selecionada para este projeto de intervenção, para que o projeto siga uma metodologia correta e não se desvie desta metodologia.

O desenho da investigação será o seguinte: em primeiro lugar perceber qual o tipo de investigação que se irá realizar e perceber qual o tema dessa mesma investigação. Depois do tema decidido começar a trabalhar na investigação, o que quer dizer fazer o enquadramento teórico e decidir qual a metodologia a ser utilizada na investigação. Em segundo lugar ver quais os participantes na investigação e como trabalhar com eles. Em terceiro e último lugar decidir quais os instrumentos de avaliação a utilizar nesta investigação.

Este desenho da investigação, poderá ser alterado no início da investigação.

O instrumento de avaliação que será utilizado nesta investigação é: a entrevista

Este instrumento é o mais adequado para a investigação que será apresentada neste trabalho. Depois de ter observado a instituição a decisão final foi a realização de entrevistas aos idosos daquela instituição.

Também será necessário utilizar a observação participante, para observar o dia-a-dia da instituição onde estão os idosos e observar também como é a relação dos idosos com as suas famílias, isso poderá ser observado nas visitas que as famílias irão efetuar aos idosos.

5.2 - Participantes

Os participantes da investigação foram: a instituição onde se realiza a investigação, os idosos institucionalizados e as suas famílias.

A instituição onde decorreu a investigação foi um lar de idosos. A instituição tem como valências: ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) e Centro de Dia, em ERPI são trinta utentes e em Centro de Dia são trinta e três utentes, ao todo a instituição tem sessenta e três utentes, do qual quarenta e sete são do sexo feminino e dezasseis são do sexo masculino.

A investigação foi realizada com dez idosos de ERPI, tanto do sexo feminino como do sexo masculino, os idosos foram escolhidos ao acaso para responderem à entrevista que lhe foi colocada.

No que diz respeito às famílias dos idosos, não tiveram que responder às entrevistas, mas participaram na investigação no sentido, quando iam visitar os idosos à instituição foi efetuada uma observação para ver como os idosos se relacionam com a sua família.

5.3 – Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram: a entrevista e a observação direta.

A entrevista foi elaborada com base num guião de entrevista para que todas as perguntas fossem essenciais para a investigação em questão. A entrevista tinha como

objetivo, perceber a relação dos idosos institucionalizados com as suas famílias e entender o contributo da família dos idosos no seu processo de institucionalização.

A observação participante foi necessária na investigação para observar a rotina dos idosos na instituição e como eles lidam com a situação da sua institucionalização.

Foi também utilizada a observação participante para observar a relação dos idosos com a sua família, como é o comportamento dos idosos com as suas famílias e se os idosos recebem visitas da família e com que regularidade.

5.4 – Procedimento

O procedimento da investigação diz respeito como foram contactadas as pessoas que participaram na investigação, se as pessoas deram o consentimento para participar na investigação e como foram aplicados os instrumentos da investigação.

Depois de se decidir qual os instrumentos utilizadas na investigação, neste caso foi a entrevista e a observação participante, teve de se contactar as pessoas que iam integrar a investigação. Neste caso em primeiro lugar teve de se falar com a direcção da instituição, no qual se marcou uma reunião com a mesma para lhe explicar qual era o objetivo da investigação e o que era necessário para a mesma.

A direcção da instituição deu consentimento para a investigação decorrer na investigação, teve-se uma conversa com os idosos institucionalizados e foi perguntado aos idosos quem estava interessado em responder a uma entrevista de doze perguntas relativas aos idosos e à sua família, no início os idosos estavam um pouco reticentes mas depois de alguma conversa, já estavam os dez idosos para responder às entrevistas.

Em seguida ligou-se à família dos idosos que iam participar na investigação para se saber se a família dava consentimento para ser aplicada a entrevista aos idosos, todos os familiares concordaram com a aplicação da entrevista aos idosos.

Todas as partes deram consentimento para a aplicação das entrevistas, foram aplicadas as entrevistas aos idosos individualmente, estipulou-se trinta minutos para cada idoso, mas depois da primeira entrevista aplicada teve de se aumentar o tempo com cada idoso, pois acabava-se sempre por passar o tempo que estava estipulada para cada entrevista.

A entrevista foi aplicada manualmente, à medida que o idoso ia respondendo ia sendo escrito a resposta e assim sucessivamente.

No que diz respeito à observação participante, durante o tempo que a investigação decorreu, foi sendo feita a observação à rotina dos idosos na instituição. E com a família era observado como era a relação do idoso com a sua família e se recebia visitas da família e com que regularidade.

5.5 – Tratamento dos dados

Depois das entrevistas aplicadas a todos os idosos institucionalizados, seguiu-se o tratamento dos dados das entrevistas.

As entrevistas foram analisadas uma a uma em primeiro lugar, depois de serem todas analisadas juntou-se toda a informação das entrevistas.

O segundo passo, foi a análise de pergunta a pergunta e fez-se o resumo de cada pergunta individualmente de todas as entrevistas.

Com o resumo de todas as perguntas de todas as entrevistas seguiu-se a análise das mesmas.

6. Análise dos resultados

As entrevistas foram feitas a dez idosos institucionalizados num lar de idosos. Depois das entrevistas efectuadas segue-se a análise das entrevistas.

A Myriam Veras Baptista considera dez fases na metodologia de intervenção, sendo estas: 1) construção/reconstrução do objeto; 2) estudo de situação; 3) definição de objetivos para a ação; 4) formulação e escolha de alternativas; 5) montagem de planos, programas e/ou projetos; 6) implementação; 7) implantação; 8) controle de execução; 9) avaliação do processo e da ação executada; 10) retomada do processo em um novo patamar.

Seguindo as fases da metodologia da Myriam Veras Baptista, na primeira fase que é a Construção/Reconstrução do objecto, foi feito o Guião da Entrevista que seria aplicado aos idosos da instituição. Na segunda fase da metodologia que é o Estudo da Situação,

foi observado o espaço que podia ser utilizado para a aplicação das entrevistas e quais os idosos que podiam ser entrevistados. A terceira fase da metodologia é a Definição de objetivos para a ação, nesta fase são elaborados os objetivos da investigação. Na quarta fase da metodologia que é a Formulação e escolha de alternativas, foi planeado como aplicar as entrevistas os idosos institucionalizados. Na quinta fase da metodologia que é a Montagem de planos, programas e/ou projetos, nesta investigação a quinta fase não foi muito relevante, pois não se montou num plano, programas ou projetos, pois o que estava planeado era a aplicação da entrevista. Na sexta fase da metodologia que é a Implementação, foi quando se teve uma conversa com os idosos para saber se concordavam a ser-lhe feita uma entrevista e houve uma pequena explicação da informação que era necessária para entrevista. Na sétima fase da metodologia que é a Implantação, foi quando foram aplicadas as entrevistas aos dez idosos institucionalizados. A oitava fase da metodologia que é o Controle de execução, no meio da realização das entrevistas foi feito um apanhado de como estava a correr a aplicação das mesmas e se estava a ter um resultado positivo ou negativo. Na nona fase da metodologia que é a Avaliação do processo e da acção executada, foi a fase final da investigação, quando terminou a aplicação das entrevistas, foi visto como correu todo o processo da aplicação das entrevistas e foram analisadas as entrevistas. Na última fase da metodologia que é a Retomada do processo em um novo patamar foi quando a investigação começou de novo com outro patamar.

De acordo com as dimensões da entrevista:

Na pergunta 1 “Idade”, os entrevistados tem idade entre os 70 e os 95 anos de idade, sendo na sua maioria idosos dentro dos 80 anos de idade.

Na pergunta 2 “Sexo”, foram entrevistadas nove mulheres e um homem, pois na instituição onde decorreu a investigação predominam as mulheres, mas neste caso os idosos foram escolhidos aleatoriamente.

Na pergunta 3 “Estado Civil”, todos os idosos são viúvos, perderam o seu cônjuge ou a sua cônjuge.

Na pergunta 4 “Profissão”, nesta pergunta cada idoso teve a sua profissão, mas nas mulheres predominam as empregadas de limpeza e as trabalhadoras rurais, o homem a sua profissão era pedreiro.

Na pergunta 5 “Há quanto tempo está no lar?”, os idosos que foram entrevistados estão todos há mais de um ano institucionalizados, logo na sua maioria já estão adaptados à instituição.

Na pergunta 6 “Com quem vivia antes da ida para o lar?”, todos os idosos entrevistados viviam sozinhos antes da ida para o lar, logo foi um dos motivos para os idosos irem para uma instituição.

Na pergunta 7 “Quais os membros da sua família?”, esta pergunta, tem uma resposta muito vasta, cada idoso referiu quais os membros da sua família mais chegados.

Na pergunta 8 “Porque razão veio para o lar?”, alguns idosos foram para o lar porque viviam sozinhos e as famílias não queriam que estivessem sozinhos, outros idosos foram para uma instituição devido a problemas de saúde e já não conseguiam e não podiam estar em casa sozinhos e as famílias decidiram juntamente com os idosos que a solução melhor era os idosos irem para um lar. Uma idosa que foi entrevistada é que decidiu que o melhor para si era ir para um lar, pois viu que já não podia estar sozinha em casa e então tratou de a sua ida para um lar.

Na pergunta 9 “Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?”, na maioria dos idosos tiveram o apoio da sua família na entrada para o lar, pois alguns deles foi a família que tratou do seu processo de institucionalização, só uma idosa é que não teve o apoio da sua família na entrada para o lar, porque a idosa tem uma relação instável com a sua família.

Na pergunta 10 “Com que frequência recebe visitas da sua família?”, os idosos recebem visitas semanalmente, alguns recebem diariamente. Só uma idosa é que recebe poucas visitas na instituição, pois tem uma relação conflituosa com a sua família e outra idosa não recebe visitas na instituição pois a família leva a idosa para a sua casa.

Na pergunta 11 “Quais os familiares que o vêm visitar ao lar?”, os membros da família que vêm visitar os idosos são principalmente os filhos, nalguns casos também os netos e uma idosa recebe visitas dos sobrinhos porque a idosa não tem filhos e os sobrinhos é que têm ajudado a idosa.

Na pergunta 12 “A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?”, os idosos referem que as suas famílias tem estado presentes no seu processo de envelhecimento e quando necessitam de alguma coisa a família está sempre para os ajudar. A família de uma idosa não tem participado no processo de envelhecimento da idosa, porque tem uma relação instável e muito distante.

6.1 - Caraterização dos participantes

Participaram na investigação dez idosos institucionalizados num lar de idosos, seleccionados ao acaso.

O entrevistado 1, tem 85 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era empregada de limpeza e está na instituição há 4 anos.

O entrevistado 2, tem 87 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era cozinheira e está na instituição há 6 anos.

O entrevistado 3, tem 87 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era empregada de limpeza e está na instituição há 3 anos.

O entrevistado 4, tem 79 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era cozinheira no Ministério do Trabalho e está na instituição há 5 anos.

O entrevistado 5, tem 80 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era trabalhadora rural e está na instituição há 5 anos.

O entrevistado 6, tem 89 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era empregada de limpeza e está na instituição há 5 anos.

O entrevistado 7, tem 93 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era trabalhadora rural e está na instituição há 7 anos.

O entrevistado 8, tem 82 anos, é do sexo masculino, é viúvo, a sua profissão era pedreiro e está na instituição há 6 anos.

O entrevistado 9, tem 89 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era doméstica e está na instituição há 6 anos.

O entrevistado 10, tem 92 anos, é do sexo feminino, é viúva, a sua profissão era trabalhadora rural e está na instituição há 5 anos.

6.2-Percepções dos idosos sobre a sua institucionalização

Depois de uma conversa informal com os idosos entrevistados, na maioria dos idosos custaram muito a aceitar a sua ida para o lar, pois tinham de deixar a sua casa e as suas coisas e a sua família, é uma fase muito complicada na vida dos idosos, porque a

sua vida muda radicalmente. Na instituição tem de se habituar à rotina da instituição e às que estão na mesma.

Os idosos depois de algum tempo na instituição já estavam adaptados à rotina da instituição e gostam de estar na instituição e não se importam de não estar na sua casa.

(Conversa Informal com os idosos)

Uma das idosas foi ela que decidiu ir para a instituição, pois estava sozinha e viu que já não podia estar em casa, achou melhor ir para uma instituição e quando teve vaga entrou.

Todos os idosos gostam de estar na instituição, dizem ser bem tratados e tem uma boa relação com as funcionárias e com os outros utentes da instituição, alguns dos idosos fizeram amizades novas e outros encontraram pessoas que não viam à muito tempo.

Em suma, os idosos referem que a sua institucionalização foi mais fácil porque tiveram a ajuda e o apoio da sua família, pois sem o apoio da família era mais difícil aceitar o processo de institucionalização.

6.3 - Causas da institucionalização

Como se pode verificar nas entrevistas existem algumas causas para a institucionalização dos idosos.

A principal causa para os idosos irem para uma instituição é viverem sozinhos nas suas casas e começam a não poder estar sozinhos por variadas razões. Por exemplo, o entrevistado 7,

“Vim para o lar porque vivia sozinha e como os meus filhos estão longe decidi que já estava na idade de vir para o lar e quando tive vaga entrei.” (Pergunta 8, Entrevista 7)

O entrevistado 10, refere,

“Vim para o lar porque a minha filha achou que era melhor para mim, pois ela achava que não podia estar sozinha, mas eu ao início não queria vir mas hoje em dia foi a melhor opção que a minha filha tomou.” (Pergunta 8, Entrevista 10)

Uma outra razão para a institucionalização dos idosos é os problemas de saúde que vão aparecendo e as famílias não podem tratar dos idosos e decidem institucionalizar os idosos. O entrevistado 1, refere,

“Vim para o lar devido ao problema que tenho nas pernas e já não conseguia fazer as tarefas domésticas sozinha e uma das minhas filhas a que morava mais perto de mim também teve um problema de saúde e não era capaz de me ajudar e a melhor opção foi vir para o lar.” (Pergunta 8, Entrevista 1)

O entrevistado 6, também teve um problema de saúde, a entrevistada diz,

“Vim para o lar devido a um problemas de saúde grave e a partir daí não conseguia estar sozinha em casa e decidi com a minha família que tinha de vir para o lar.” (Pergunta 8, Entrevista 6)

Um outro motivo da institucionalização dos idosos é a família dos idosos estar longe e não poderem ajudar os seus idosos, como refere o entrevistado 9,

“Vim para o lar porque como vivia sozinha e estava a entrar numa idade que já não era capaz de fazer as minhas coisas sozinha e então falei com os meus filhos e decidimos que eu vinha para o lar.” (Pergunta 8, Entrevista 9)

Por último, e mais específico, o entrevistado 2, foi para o lar porque tentou suicidar-se, e refere,

“Vim para o lar porque a alguns anos tentei-me suicidar e desse acidente fiquei sem uma vista e já não era capaz de fazer as minhas coisas sozinha e então decidi que estava na hora de vir para o lar.” (Pergunta 8, Entrevista 2)

6.4 - Apoio da Família

Na maioria todos os idosos tiveram o apoio da sua família no seu processo de institucionalização, pois esta fase é muito importante e por vezes difícil na vida dos idosos logo é relevante o apoio da família na institucionalização dos idosos.

Em seguida, foram apresentadas algumas respostas dos idosos, relativamente ao apoio da família no seu processo de institucionalização. O entrevistado 3 diz,

“Tive o apoio de toda a minha família, quando vim para o lar e todos concordaram com esta decisão.” (Pergunta 9, Entrevista 3)

O entrevistado 4, refere,

“Tive o apoio da minha família, os meus sobrinhos é que resolveram todo o processo da minha vinda para o lar, porque eu não queria vir mas eles decidiram que eu tinha de ir para o lar.” (Pergunta 9, Entrevista 4)

O entrevistado 10, diz

“Tive todo o apoio, foi a minha filha que me quis meter no lar.” (Pergunta 9, Entrevista 10)

Para alguns idosos é muito difícil de aceitar este momento da sua vida, pois têm de deixar a sua casa e mudar toda a sua rotina, para irem para o lar, por exemplo o entrevistado 1,

“Sim. As minhas filhas sempre estiveram comigo neste momento, pois para mim não foi um momento fácil, porque tive de deixar a minha casa e isso custou-me muito.” (Pergunta 9, Entrevista 1)

Em alguns casos, os idosos é que tratam da sua institucionalização pois admitem que já não tem condições de estar sozinhos e resolvem ir para o lar, o entrevistado 7 é um exemplo disso,

“Não posso dizer que não tive o apoio da família, mas fui eu que decidi sozinha que devia vir para o lar, mas os meus filhos apoiaram-me na minha decisão.” (Pergunta 9, Entrevista 7)

Só uma idosa é que não teve o apoio da sua família no seu processo de institucionalização, como ela refere,

“Não tive apoio da minha família quando entrei para o lar, pois tenho uma relação um pouco conflituosa com a minha família.” (Pergunta 9, Entrevista 2)

6.5 - Visitas da Família

Todos os idosos entrevistados recebem visitas da família, excepto uma idosa que não recebe visitas da família porque tem uma relação complicada com a sua família, como a idosa refere,

“Não recebo muitas visitas da família, porque tenho uma relação complicada com a minha família.” (Resposta 10, Entrevista 2)

Alguns idosos recebem visitas semanalmente da sua família, como é o caso do entrevistado 1,

“Recebo visitas todas as semanas.” (Resposta 10, Entrevista 1)

Num outro caso, recebe visitas mensalmente, o entrevistado 7

“Recebo visitas mensalmente da minha família.” (Resposta 10, Entrevista 7)

Uma outra situação, a idosa não recebe visitas na instituição vai ela para casa da irmã e da sobrinha, como ela própria refere,

“Eu no lar não recebo muitas visitas, a minha irmã e sobrinha vem-me buscar para eu ir à casa delas e passo lá alguns dias, por isso o motivo de não receber muitas visitas.”
(Resposta 10, Entrevista 5)

Por último, o entrevistado 9 recebe a visita da família com regularidade e ao domingo vai para casa dos filhos.

6.6 - Participação no processo de envelhecimento dos pais

Os idosos na sua grande parte tiveram o apoio da sua família no seu processo de envelhecimento pois este apoio é muito importante para os idosos nesta fase da sua vida. Porque é uma fase onde existem muitas mudanças tanto na vida dos idosos como na vida das suas famílias, pois é uma fase onde os idosos deixam as suas casas para irem viver com pessoas que por vezes não comecem, tem de dividir o seu espaço com várias pessoas e isso faz com que o processo de envelhecimento por vezes seja difícil de aceitar logo é muito importante que tenham o apoio da sua família incondicionalmente.

Das dez entrevistas efectuadas, só uma idosa é que não tem tido o apoio da sua família no seu processo de envelhecimento, como a própria refere,

“A minha família não tem participado muito na minha velhice, pois como já disse nunca tive uma relação muito estável com a minha família, o que me deixa muito triste mas a vida é assim mesmo.” (Resposta 12, Entrevista 2)

No resto das entrevistas todos os idosos dizem ter o apoio da sua família no seu processo de envelhecimento, como por exemplo, o entrevistado 1 refere,

“A minha família sempre me ajudou em tudo o que preciso e está sempre presente quando tenho algum problema de saúde ou outro tipo de problema. As minhas filhas e o resto da família estão sempre presentes nos bons e nos maus momentos da minha vida.” (Resposta 12, Entrevista 1)

No caso da idosa (Entrevista 4), a sua família tem participado muito no seu envelhecimento pois a idosa estava sozinha em Lisboa e a família trouxe-a para perto de si, como ela refere,

“A minha família tem participado no meu processo de envelhecimento, pois eu perdi o meu marido muito cedo e quando entrei na idade da reforma já estava sozinha e como morava em Lisboa os meus sobrinhos acharam necessário que eu viesse para perto deles e a opção que era possível era eu vir para um lar e foi o que aconteceu. Por isso a minha família tem participado muito na minha velhice.” (Resposta 12, Entrevista 4)

Em outro caso, a família tem participado no seu processo de envelhecimento, mas a filha é que está sempre presente quando é necessário,

“Todos têm participado nesta fase da minha vida, mas a minha filha é a que tem participado mais, pois quando eu preciso de alguma coisa é a minha filha que me ajuda. Com o meu filho tenho uma relação um bocado distante e então é a minha filha que me ajuda mais.” (Resposta 12, Entrevista 7)

Em suma, os idosos têm tido o apoio da sua família no seu processo de envelhecimento, pois estão presentes nos momentos bons e maus da vida dos idosos.

7 - Discussão dos resultados

No que diz respeito às entrevistas as principais causas da institucionalização dos idosos foram: viverem sozinhos, alguns problemas de saúde e os filhos estarem longe e não terem como ajudar os pais. De acordo com Cabral (1994), as pessoas neste caso os filhos estão cada vez mais condicionados aos seus trabalhos e acabam por colocar os seus idosos em espaços colectivos, onde tem poucas ligações ao ambiente familiar.

Os idosos entrevistados na sua maioria recebem visitas dos seus familiares e alguns vão a casa da sua família. Para Carrajo (1999), as visitas dos familiares ou os convites para os idosos passarem alguns dias em casa da família, entre outros benefícios, aumenta a auto-estima dos idosos junto dos seus companheiros de instituição.

Com a institucionalização ocorre o processo de adaptação que traz consigo mudanças radicais na vida do idoso. A convivência diária com os seus familiares passa a ser fraccionada por alguns dias da semana ou alguns dias do mês.

O apoio da família no processo de institucionalização é muito importante, pois os idosos precisam de apoio da sua família nesta fase da sua vida, é uma fase onde existem muitas mudanças na vida dos idosos, existem diferenças como os idosos são tratados na instituição e como são tratados pela sua família. De acordo com Relvas (1996), as relações na instituição são limitadas no tempo, enquanto que as relações com a família são relações de e para toda a vida; os afetos que se ganham sobretudo da parte dos funcionários da instituição são tendencialmente generalizados e não exclusivos, e finalmente, os modos de vida e as atividades propostas revelam uma maior uniformidade.

Na maioria dos idosos entrevistados, a família tem participado no seu processo de envelhecimento, pois quando chega a altura de institucionalizar os idosos existem por vezes ruturas afetivas, no qual ocorre a necessidade de construção de novos afetos, mas tudo será mais simples e menos doloroso, se essas ruturas não ocorrerem de forma abrupta e irreversível. Se isto acontecer o idoso não se sentirá tão “vazio” e poderá construir com muito mais serenidade os seus novos afetos e experimentar novas atividades.

Os idosos entrevistados, a família tratou do seu processo para a entrada na instituição e escolheu a instituição, como refere Perlini (2007), as famílias procuram instituições que ofereçam um ambiente agradável com companhia, proporcionando os cuidados necessários e que seja um espaço de convivência e socialização entre os outros utentes.

Ainda falando do processo de envelhecimento, como foi referido anteriormente, os idosos entrevistados a família tem participado no seu processo de envelhecimento, o que é bastante importante para a vida do idoso, pois sentem que tem a ajuda da sua família quando necessitam, e que as famílias mesmo institucionalizando os seus idosos não deixaram de participar na vida dos seus idosos e que não se esqueceram de que tem idosos na sua família. Os idosos entrevistados não foram esquecidos na instituição pela sua família pois continua a participar na velhice dos seus idosos.

Em suma, cabe às gerações mais novas, aos filhos dos idosos institucionalizados, fazerem um esforço, retribuindo assim aos seus pais o esforço que eles fizeram no sentido de compreenderem as suas necessidades de maior independência. Como

refere Moragas (2004), trata-se de manter as relações intergeracionais e familiares em equilíbrio e satisfação para ambas as partes, colocar a tónica na cooperação não no conflito de papéis.

PARTE III - Proposta do projeto de intervenção

8. Proposta lúdica do projeto

8.1 - Fundamentação do projeto de intervenção

O Projeto de Intervenção proposto foi designado de “RELACIONA – Avós, Filhos e Netos”. Este nome tem como base a criação de várias atividades onde estão envolvidos os idosos da instituição onde o projeto foi desenvolvido e as famílias dos mesmos. Com base na investigação realizada percebeu-se que a família dos idosos participava na sua vida e no seu processo de institucionalização, logo seria fácil juntar a família e os idosos para participarem juntos em várias atividades que daria ao projeto de intervenção.

A prioridade da intervenção tem por base o objectivo geral do mesmo que neste caso foi: promover a relação dos idosos com a família.

O que se pretende com este projeto é que os idosos interajam com a família e que a família participe nas atividades com os idosos e assim a família está presente na vida do idoso estando ele institucionalizado.

8.2 - Designação do projeto

A proposta de projecto apresenta à instituição, foi a realização de atividades que envolvam os idosos e a sua família, particularmente os seus filhos e os seus netos.

O projecto terá como nome: “RELACIONA - Avós, Filhos e Netos”.

O projecto vai servir para que haja uma relação de intergeracional entre os idosos e a sua família. A ideia do projecto é para os idosos darem a conhecer aos seus filhos e netos alguns conhecimentos e também irá acontecer o inverso os filhos e netos ensinarem aos seus idosos conhecimentos que os idosos não saibam.

A outra parte do projecto será nos dias em que os idosos terão atividades na instituição a família também irá interagir nessas atividades.

8.3 – Objetivos

O objectivo geral do projecto “AVÓS, FILHOS E NETOS” foi: promover a relação dos idosos com a família.

Os objetivos específicos do projeto foram: entender a relação dos idosos com a família; realizar as atividades propostas no projeto; compreender como a relação da família com

os idosos é importante para o idoso e interagir na vida do idoso na instituição e fora da instituição.

8.4 - Participantes envolvidos na dinamização e liderança do projeto

No projeto “AVÓS, FILHOS E NETOS”, participaram algumas pessoas para que o projeto tivesse a dinamização que era esperada.

Os participantes do projeto foram a direção da instituição, porque ocorreram duas reuniões para que ficasse tudo bem delineado, onde ficou tudo escrito em ata na instituição para que não houvesse falhas durante o projeto.

Outros participantes foram os idosos e as famílias dos mesmos, sem eles o projeto não teria ido para a frente, pois todas as atividades são desenvolvidas com os idosos e a sua família, mais propriamente os filhos e netos dos idosos.

As funcionárias da instituição também participaram no projeto, ajudaram a levar os idosos onde era necessário e arrumaram as salas para a realização das atividades.

E por último, a animadora que foi uma ajuda importante no projeto, porque ela ajudou na realização das atividades e alguns dos idosos foram às atividades porque a animadora estava presente, os idosos tem muita confiança na animadora.

Referente à liderança do projeto, o projeto foi liderado por a organização do projeto que foi a aluna do Mestrado de Psicogerontologia Comunitária e também a animadora da instituição que foi uma ajuda muito grande na realização do projeto.

8.5 - Público-Alvo

O público-alvo do projecto “RELACIONA - Avós, Filhos e Netos”, será:

- . Idosos
- . Filhos dos idosos

. Netos dos idosos

8.6 - Planificação do projeto

Quadro I- Atividades desenvolvidas na instituição

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Atividades	Recursos Humanos
Perceber o funcionamento de um computador	Compreender como funciona um computador e para que serve o mesmo	Dia da Informática	Computadores Retroprojector Sala para atividade
Entender o funcionamento do Skype	Compreender como skype funciona para falar com a família	Skype	Computadores Retroprojector Sala para atividades
Entender técnicas básicas de costura	Compreender técnicas de costura com as idosas da instituição	Cantinho da costura	Linhas Lãs Aguilhas Dedal Tesoura
Aprender a confeccionar alguns doces tipicamente alentejanos	Confeccionar doces que as avós faziam, especialmente da região do Alentejo	Doces da Avó	Ingredientes para a confecção dos doces Utensílios de cozinha
Fazer exercício físico	Fazer exercício físico adequado aos idosos	Dia da Ginástica	Cadeiras Material de Ginástica Rádio Arcos Elásticos

Relembrar matéria que os idosos deram na escola	Aprender e relembrar matéria que os idosos aprenderam no seu tempo de escola	Regresso à escola	Folhas Lápis Canetas Borrachas Afiás
Compreender algumas técnicas de pintura	Aprender várias técnicas de pintura e como utilizá-las nos desenhos	Dia da Pintura	Folhas Lápis de cor Canetas de pintar Tintas Pincéis Aquarelas
Participar na actividade proposta pela biblioteca	Entender a actividade que foi proposta pela biblioteca para os idosos e seus netos	Vamos à biblioteca	Carrinha da Câmara Municipal Material da biblioteca

8.7 - Desenvolvimento sucinto das atividades a propor

Depois das atividades enumeradas foi elaborado um resumo de cada actividade proposta no projecto “AVÓS, FILHOS E NETOS”.

A primeira atividade proposta foi o “Dia da Informática”, esta atividade tem como base que os idosos aprendam a utilizar o computador. O que se pretende com a atividade é que sejam os netos dos idosos a ensinarem-lhe como funciona um computador e no fim da atividade que os idosos saibam ligar o computador sozinhos.

A segunda atividade é o “Skype”, nesta atividade é proposto que os netos dos idosos os ajudem a utilizar o Skype para que os idosos possam falar com a família que esteja mais longe e assim podem ver os membros da família que não viam à algum tempo e podem estar mais perto da família.

A terceira atividade do projeto é o “Cantinho da costura” que tem como objetivo, as idosas ensinarem às suas filhas e netas técnicas de costura que elas não saibam e que as idosas lhe podem ensinar. Nesta atividade as idosas também fazem trabalhos em lã

como cachecóis, mantas e rosetas. Algumas das idosas a sua profissão era costureira por isso as idosas terem muitos conhecimentos de costura.

A quarta atividade que foi proposta tem a ver com doces, o nome da atividade é “Doces da Avó”, tem como objectivo as idosas ensinarem aos seus netos a confecção de alguns doces típicos da região para que as receitas dos doces da região não se percam e assim passam de geração em geração.

A quinta atividade é o “Dia da Ginástica”, esta atividade é uma atividade desenvolvida na instituição, mas no projecto o dia da ginástica os idosos irão acompanhados por um familiar e farão ginástica juntos e o familiar ajuda o seu idoso nos exercícios propostos pela monitora. Nesta atividade os idosos interagem muito com o familiar que irá ajudar, no caso do projecto será os filhos ou netos.

A sexta atividade é o “Regresso à escola”, a maioria dos idosos da instituição andaram à escola e então esta atividade é para relembrar alguma matéria mais importante que os idosos deram na escola e também fazem ditados e contas. Os outros idosos que não sabem ler nem escrever vão num grupo à parte, fazem letras, números e aprendem a escrever o nome. Nesta atividade são os netos que ajudam os avós nos exercícios que lhe são propostos.

A sétima atividade do projeto é o “Dia da Pintura”, nesta atividade são os netos que organizam a maior parte da atividade, pois é muito didática, e os netos dos idosos gostam muito deste tipo de atividades. A atividade tem como base os netos ensinarem aos seus avós técnicas de pintura como tintas e aguarelas e como devem conjugar as cores dos desenhos que vão pintar, pois alguns dos idosos não sabem conjugar as cores e com esta atividade ficarão a aprender a conjugar as cores.

A oitava atividade, que é a última atividade do projeto é a atividade “Vamos à biblioteca”. Esta atividade é em parceria com a Câmara Municipal, os idosos com as suas famílias vão participar nas atividades que são propostas pela biblioteca.

8.8 - Avaliação do projeto: ex-ante, on-going, ex-post

O projecto de intervenção tem três avaliações que são as seguintes: a avaliação ex-ante, a avaliação on-going e por último a avaliação ex-post.

A avaliação ex-ante é a avaliação que é efetuada antes do projeto. No projeto de intervenção “AVÓS, FILHOS E NETOS”, a avaliação antes do projeto foi bastante positiva pois a instituição acolheu muito bem o projeto e deu todo o apoio em tudo o que foi necessário. Da parte dos idosos fez-se uma explicação do projeto e os idosos aceitaram bem como era com a sua família, eles aceitaram logo à primeira. Falou-se também com os idosos que participaram na atividade da costura e dos doces e elas concordaram em mostrar o que sabiam e ficaram muito agradadas de se terem lembrado delas para a atividade. Por último falou-se com a família dos idosos que iam participar nas atividades e as famílias mostraram-se disponíveis para participar em todas as atividades que sejam propostas. Alguns idosos tinham os seus filhos e netos a trabalhar ou a estudar e algumas atividades foram realizadas ao fim-de-semana, para todos os interessados poderem participar nas atividades.

A avaliação on-going é a avaliação que é efetuada durante o projeto, neste projeto de intervenção a avaliação on-going foi muito boa, pois o projeto correu muito bem, todas as atividades correram com grande sucesso. Todos os intervenientes colaboraram em tudo o que foi necessário e o cronograma elaborado foi cumprido.

A avaliação ex-post que é a última do projeto, é a avaliação que se faz quando o projeto termina. No projeto “AVÓS, FILHOS E NETOS”, a avaliação final foi positiva, pois como já foi referido nas avaliações anteriores, o projeto teve uma boa adesão e os seus intervenientes tiveram uma reacção muito boa ao projeto e todos participaram nas atividades propostas e foi uma mais-valia tanto para os idosos como para a família, pois foi uma forma da família interagir com os idosos e assim ocorrer uma intergeracionalidade que é muito importante na nossa sociedade hoje em dia.

O projeto teve tanto sucesso que a instituição onde o projeto decorreu vai continuar com o projeto “AVÓS, FILHOS E NETOS”.

8.9 - Cronograma

Meses												
	Setembro				Outubro				Novembro			
Atividades	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S
Dia da Informática												
Skype												
Cantinho da costura												
Doces da Avó												
Dia da Ginástica												
Regresso à escola												
Dia das Pinturas												
Vamos à biblioteca												

CONCLUSÃO

No processo de envelhecimento vão ocorrendo algumas perdas, nos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. O envelhecimento é conceituado como um processo biológico, universal, dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. (Papaleo Neto, 1996)

Para Burnside (1979), o envelhecimento é um processo cumulativo, que se torna irreversível, universal, não patológico, onde geralmente ocorrem deteriorações no organismo maduro, e que incapacita o indivíduo a desenvolver algumas atividades. A velhice não significa doença pois muitas pessoas conservam a saúde até à idade avançada.

As relações familiares estão formadas em afeto, sentimentos de reciprocidade e de obrigação. Apesar das transformações e das diferenças entre as famílias, elas ainda atendem funções básicas para os idosos. Para os idosos, a família é a principal fonte de ajuda e de apoio tanto nas atividades domésticas como nas da vida diária.

As famílias atuais, principalmente do tipo nuclear, não estão de modo geral isoladas das redes de parentesco e assumem, na vida dos indivíduos, um papel preponderante como instituição de suporte e de referência, adversando o senso comum que a família se encontra em decadência e que as relações familiares entre as gerações se tendem a fragilizar.

Os idosos devem ser enquadrados na família para que se promovam as relações de suporte, com vista à resposta das incapacidades e necessidades de dependência crescentes e do mesmo modo realçar as potencialidades de autonomia e os seus direitos de dignidade.

Com o processo de envelhecimento vão surgindo várias doenças e algumas destas doenças vão-se tornando crónicas com o passar dos anos. As doenças são: hipertensão arterial; diabetes; doenças reumáticas; osteoartrose; osteoporose; cataratas; depressão; doença do Alzheimer e a doença de Parkinson. (Spar & Rue, 1997)

Para prevenir as doenças no envelhecimento, mais propriamente as doenças crónicas é necessário fazer a prevenção primária e secundária. Quando as condições crónicas são mal gerenciadas, os encargos de saúde tornam-se excessivos, tanto para o governo, como para os familiares e para a sociedade em geral.

De acordo com Cabral (1994), cada vez mais na nossa sociedade existem idosos institucionalizados, por diversas razões, uma delas é a família dos idosos não terem tempo para cuidar dos seus idosos devido a estarem a trabalhar e terem filhos, logo optam por institucionalizar os seus idosos.

Para Moragas (2004), na institucionalização dos idosos existe muitas vezes ruturas afetivas, a necessidade de construção de novos afetos, mas tudo será mais simples e menos doloroso, se essas ruturas não ocorrerem de forma tão abrupta e irreversível. Se isto acontecer o idoso não se sentirá tão “vazio” e poderá construir com muito mais serenidade os seus novos afetos e experimentar novas atividades.

Para os idosos as visitas dos familiares ou irem passar alguns dias em casa da família, aumenta a auto-estima dos idosos junto das outras pessoas que também estão na instituição.

No presente trabalho optou-se pela metodologia do trabalho de projeto de Myriam Veras Baptista que foi essencial na realização do trabalho. Para realizar o estudo empírico foi utilizado a entrevista, ao qual foram realizadas dez entrevistas num lar de idoso e daí se ficou a perceber se a família dos idosos participam ou não na vida dos idosos.

A instituição onde foi feita a investigação é um lar de idosos situado numa vila do concelho de Évora, é uma instituição onde estão sessenta e três idosos, do sexo feminino e masculino, mas predominam as pessoas do sexo feminino. Estão trinta pessoas em ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) e trinta e três em Centro de Dia. A investigação foi realizada com alguns dos idosos de ERPI.

Nessa instituição foram realizadas dez entrevistas, a dez idosos do sexo feminino e masculino, com o intuito de perceber a sua relação com a sua família.

Das Entrevistas realizadas destacamos o seguinte:

Na entrevista 1, a idosa optou por ir para o lar porque vivia sozinha desde que o marido morreu e também porque tem um problema nas pernas e não conseguia realizar as tarefas básicas sozinha e as filhas não a podiam ajudar e então a ida para o lar foi a melhor opção. A idosa recebe visitas todas as semanas da sua família. A família da idosa tem participado no seu envelhecimento, pois ajuda a idosa quando é necessário.

Na entrevista 2, a idosa antes da ida para o lar vivia sozinha, mas até se deitar estava com a sua filha. A idosa decidiu que estava na hora de ir para o lar, pois tentou suicidar-se e ficou com uma deficiência numa vista e não conseguia estar em casa sozinha. A relação com a sua família é um pouco conflituosa, logo recebe poucas visitas no lar.

Como a sua relação não é muito boa com a sua família, a família não tem participado no processo de envelhecimento da idosa.

Na entrevista 3, a idosa vivia com uma filha antes da ida para o lar. A idosa foi para o lar porque o seu estado de saúde agravou e a filha já não era capaz de ajudar a idosa quando ela precisava. Esta idosa recebe visitas todas as semanas. A idosa tem uma relação muito boa com a família, quando ela precisa de alguma coisa a família está sempre disponível, a idosa tem uma relação muito boa com a família.

Na entrevista 4, a idosa vivia sozinha na sua casa. Veio para o lar porque vivia sozinha e os sobrinhos da idosa acharam melhor ir para o lar. A idosa recebe visitas todas as semanas da família. A família da idosa tem participado no processo de envelhecimento da idosa, pois perdeu o seu marido muito cedo e já estava sozinha há muitos anos e os seus sobrinhos decidiram juntamente com a idosa que era melhor ela ir para o lar.

Na entrevista 5, a idosa vivia sozinha. A idosa veio para o lar porque teve um problema de saúde e não era capaz de elaborar as tarefas básicas e a idosa com a sua família decidiram que era melhor ela ir para o lar. Não recebe muitas visitas, a família prefere ir buscá-la ao lar para a levar para sua casa. A família desta idosa tem participado no seu envelhecimento, pois estão em todos os momentos importantes da vida da idosa.

Na entrevista 6, a idosa vivia sozinha. A idosa foi para o lar porque teve um problema de saúde grave e a partir daí deixou de ser capaz de fazer as tarefas diárias e decidiu com a família que o melhor para ela era ir para o lar. Recebe visitas todas as semanas da família. A idosa refere que a família no geral tem participado na sua velhice, algumas pessoas mais outras menos mas quando ela necessita de alguma coisa todos ajudam no que for necessário.

Na entrevista 7, a idosa vivia sozinha há muitos anos porque o marido faleceu muito novo. A idosa veio para o lar porque vivia sozinha há muitos anos e os seus filhos estão longe e a idosa decidiu que era melhor para ela ir para o lar. A idosa recebe visitas mensalmente, porque os seus filhos estão longe e não podem vir muitas vezes ao lar.

Na entrevista 8, o idoso vivia com a sua esposa, mas ela faleceu e os seus filhos decidiram que era melhor para o seu pai ir para o lar. O idoso veio para o lar porque ele tem um problema de diabetes e está quase cego e não podia viver sozinho, e os filhos decidiram que o seu pai tinha de ir para o lar. O idoso recebe visitas todos os dias. A família do idoso e o idoso são muito unidos, e dão-se muito bem logo a família está muito presente na vida do idoso.

Na entrevista 9, antes de ir para o lar a idosa vivia com o marido mas ele faleceu e a idosa ficou sozinha e ela decidiu que já não tinha idade para estar sozinha e então disse aos meus filhos que queria ir para o lar, eles respeitaram a decisão e eu fui para o lar. Recebe visitas com regularidade e ao domingo vai para casa dos filhos. A família da idosa tem estado muito presente na sua velhice, pois quando a idosa precisa de alguma coisa a família está presente.

Na entrevista 10, a idosa vivia sozinha antes de ir para o lar. A idosa veio para o lar porque a sua filha achou que era melhor para a idosa, porque já não podia estar sozinha em casa, mas a idosa ao início não queria ir para o lar, mas depois de falar com a filha, a idosa lá foi para o lar. A idosa recebe visitas todas as semanas. A família tem estado presente na vida da idosa, pois quando é preciso alguma coisa a família está sempre pronta para ajudar. Mas quem ajuda mais a idosa é a sua filha.

O terceiro ponto é a proposta de um projeto de intervenção. O projeto que foi proposto foi um projeto com o nome “RELACIONA - Avós, Filhos e Netos”, que tem como objectivo, a relação entre os idosos e a sua família para realizarem uma panóplia de atividades que tem como intuito a intergeracionalidade que quer dizer que os idosos partilhem experiências com as suas famílias e as suas famílias partilhem ideias com os idosos. O projeto é desenvolvido na instituição onde foram realizadas as entrevistas. O projeto decorreu dentro do que era esperado, as famílias e os idosos aderiram bem ao projeto participando em todas as atividades com entusiasmo e estavam sempre disponíveis para o que era necessário. O projeto teve uma avaliação positiva pois decorreu dentro da normalidade e foram cumpridos os objetivos do projeto.

Este projeto foi uma mais-valia para que os idosos não fiquem esquecidos na instituição e assim com estas atividades as famílias mantêm o contato com os seus idosos. As limitações que existem e que poderão existir são a falta de recursos para a concretização das atividades que são propostas, a família não ter disponibilidade para participar nas atividades ou os idosos começarem a adoecer e não conseguirem participar no projeto.

O projeto também pode ou poderá ter implicações, como as atividades começarem a deixar de ter interesse para os participantes e assim deixar de haver atividades logo o projeto não vai para a frente, as famílias dos idosos ou os idosos não quererem participar no projeto ou até a instituição achar que o projeto terá de terminar.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, CB, & Fernández, MG.M. (2001). *Processo de pensamento alterado em Idosos na vivência asilar. Nursing: revista técnica de enfermagem*, São Paulo 2001; 4(34):25.

Alarcão M. & Relvas, A.P. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.

- Alarcão, M (2006). *(Des) equilíbrios familiares-Uma visão sistémica*, 3ª edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alarcão, M e Sousa, L. (2007) *Rede social pessoal: do conceito à avaliação*. *Psychologica*, 44, 353-376.
- Baptista, Myriam Veras (2000), *Planejamento Social – Intencionalidade e Instrumentação*, São Paulo, Veras Editora.
- Bisoli-Alves et al. (2007) *Repensando as questões da tolerância e dos direitos humanos vinculados à família*. In: Família, subjetividade, vínculos. Ana M. A. Carvalho, Lúcia Vaz de Campos Moreira, organizadoras. São Paulo: Paulinas.
- Bourdieu, P. (1983). *Gostos de classe e estilos de vida*. In: Ortiz, R. Coleção Grandes Cientistas Sociais. Nº39, Ática, São Paulo.
- Burnside IM. (1979). *Enfermagem e os idosos*. São Paulo: Organização Andrei.
- Cabral B. (1994). *Capacidade e responsabilidade da família num mundo em transformação. Uma visão planetária das questões familiares*. Hospitalidade n.229; 9-13.
- Carrajo, Manuel. (1999). *Sociología de los Mayores*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 1999. 242 p.
- Corrêa, A.C (2000). *O Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health.
(<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>,acedido a 25/01/0215)
- Dias, A.M; (2007). *O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajaí.
- DGS – Direcção Gral de Saúde – Ministério da Saúde. (2012). Direcção Geral de Saúde.
- Fernandes, Ana Alexandre (1997) *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta
- Fernandes A, (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Celta Editora, Oeiras, 1997.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Una introducción in R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Gerontología Social*, Madrid: Pirámide. 31-54.
- Filho, E. e Netto, M. (2006). *Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo, Atheneu.
- Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*., Lisboa: Climepsi

Freitas EV. Et al (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 1187 p.

Giddens, A. (1999). *O mundo na era da globalização* (trad, do inglês por Saul Barata), Lisboa: Presença.

Imaginário C, (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Edições sinais vitais, Coimbra.

Lacan, J (1981), *Família*, Coleção pelas bandas da psicanálise, 2ª Edição, Editora Assírio e Alvim.

Leandro, Maria. (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*. Universidade Aberta. Lisboa, 334 p.

Lima, A.P e Veigas, S.M. (1988). *A diversidade cultural do envelhecimento: a construção cultural da categoria de velhice*. Psicologia, VI (1), pp. 149-158. (<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>, acedido a 25/01/2015).

Marques S, (1999). *A solidariedade intergeracional: o papel dos filhos na velhice dos pais*. Cidade.

Mendes, et al (2005). *A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração*. Acta Paul Enferm.; vol.18, no.4.

Moragas R. (1991). *Gerontologia Social*. Helder, Barcelona.

Moragas, Ricardo. (2004). *Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida*. Helder Editorial. S. L., Barcelona.

Morin, E. (1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago.

Nina, E., & Paiva, C. (2001) *Idosos Rurais e Urbanos: estudo comparativo: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, nº138, pp.9-32. (<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>, acedido a 25/01/2015).

Parsons, T. (1979). *The social system*. New York: Free Press of Glencoe.

Paúl, C., Fonseca, AM, Martín, I. e Amado, J. (2005). *A satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos Portugueses*. In C Paúl e AM Fonseca, (Eds) 2005, *Envelhecer em Portugal*, Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: Climepsi.

Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. (2007). *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares*. Revista Esc. Enferm USP, 41(2): 229-36.

Pimentel, Luísa. (2001) *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Coleção Documentos Temáticos, No 5. Direção Geral da ação Social Núcleo de documentação técnica e divulgação.

Relvas, (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. Afrontamento, Porto, 1996.

Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). *The Bonn longitudinal study of aging. Coping, life adjustment, and life satisfaction*. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), "Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences" (pp.265-295). New York: Cambridge University Press.

Santos A, (2002). *Dignidade Humana e Reorganização Social*.

Silva, Luísa Ferreira, (2001). *Acção social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta. 2001

Sousa, Liliana, et al (2004). *Envelhecer em Família: os Cuidados Familiares na Velhice*. Coleção Idade do Saber, Ambar, Porto, 171 p.

Spar, J.E.; La Rue, A. *O Envelhecimento Normal Em Guia de Psiquiatria Geriátrica*, pp.13-28, 1º Vol., 1ª ed, Lisboa: Climepsi Editores, 1997

Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical Health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.

WEBGRAFIA

www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a15v57n3.pdf (acedido a10/07/2014)

Barómetro.com.pt/archives/817 (acedido a10/07/2014)

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Idoso> (acedido a 01/10/2014)

<http://gerontounivali.wordpress.com/conceito-de-idoso/> (acedido a 24/10/2014)

<http://edukavita.blogspot.pt/2013/04/adultos-idosos-definicao-conceito.html#sthash.JTlaVvbT.dpuf> (acedido a 24/10/2014)

https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=l7JKVO2bEYGs8weLs4KgCQ&gws_rd=ssl#q=defini%C3%A7%C3%A3o+de+idoso (acedido a 24/10/2014)

<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/25879/envelhecimento-conceitos-e-definicoes#!2#ixzz3H68oBH8W> (acedido a 24/10/2014)

<https://pt.scribd.com/doc/2373734/Envelhecimento> (acedido a 24/10/2014)

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Envelhecimento> (acedido a 24/10/2014)

www.bdigital.ufp.pt/bistream/10284/681/2/Dissertacao-Dr-Sergio-FranciscoCostaGomes.pdf (acedido a 25/01/2015)

www.jmarujo.com/Documentos/Envelhecimento.pdf (25/01/2015)

www.publicadireito.com.br/artigos/?cad=c4851e8e264415c4 (acedido a 25/01/2015)

http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf (acedido a 25/01/2015)

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/362613/Artigo%20RTG2.pdf> (acedido a 29/01/2015)

<https://Repositórioaberto.up.pt/bitstream/10216/21963/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Biotica.pdf> (acedido a 09/02/2015)

www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf (acedido a 09/02/2015)

www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf (acedido a 25/05/2015)

ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf (acedido a 25/05/2015)

<https://sapientia.ualg.pt/bistream/10400.1/564/1/Carta%20-%DISSERTACAO.pdf> (25/05/2015)

www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm (acedido a 25/05/2015)

<https://sites.google.com/site/sernestoraterceiraidade/doencas-associadas-ao-processo-de-envelhecimento> (acedido a 25/05/2015)

www.fpcardiologia.pt/envelhecimento-ativo-2/ (acedido a 25/05/2015)

www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2012015.pdf (acedido a 25/05/2015)

bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono_AnaCastilho.pdf (acedido a 25/05/2015)
www4.seg-social.pt (acedido a 28/09/2015)

http://www.arsalgarve.minsaude.pt/saudeeviolencia/exemplo/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=71 (acedido a 29/09/2015)

http://www.snpcultura.org/familia_e_um_bem_para_a_sociedade.html (acedido a 29/09/2015)

<http://www.psicologia4u.com/a-escolha-lar-da-terceira-idade/> (acedido a 07/10/2015)
<https://sitiiodopicapauangolano.wordpress.com/2013/07/13/ser-idoso-poema-de-maria-dionesia-santos-da-silva/> (acedido a 08/10/2015)

Knoow.net/ciencsocioaishuman/psicologia/modelo-de-desenvolvimento-familiar
(acedido a 22/12/2015)

ANEXOS

1. Idade:
2. Sexo:
3. Estado Civil:
4. Profissão:
5. Há quanto tempo está no lar?
6. Com quem vivia antes da ida para o lar?
7. Quais os membros da sua família?
8. Porque razão veio para o lar?
9. Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?
10. Com que frequência recebe visitas da sua família?
11. Quais os familiares que o vêm visitar ao lar?
12. A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

Entrevista 1

- 1. Idade:** 85 anos
- 2. Sexo:** Feminino
- 3. Estado Civil:** Viúva

4.Profissão: Empregada de Limpeza

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 4 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Residia sozinha, desde o falecimento do meu marido.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho duas filhas, dois genros, três netos, um bisneto e um irmão.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar devido ao problema que tenho nas pernas e já não conseguia fazer as tarefas domésticas sozinha e uma das minhas filhas a que morava mais perto de mim também teve um problemas de saúde e não era capaz de me ajudar e a melhor opção foi vir para o lar.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Sim. As minhas filhas sempre estiveram comigo neste momento, pois para mim não foi um momento fácil, porque tive de deixar a minha casa e isso custou-me muito.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas todas as semanas.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

Uma das minhas filhas vem-me visitar todas as semanas, a outra minha filha não vem tanto porque vive longe e não tem possibilidades de vir muitas vezes ao lar.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

A minha família sempre me ajudou em tudo o que preciso e está sempre presente quando tenho algum problema de saúde ou outro tipo de problema. As minhas filhas e o resto da família estão sempre presentes nos bons e nos maus momentos da minha vida.

Entrevista 2

1.Idade: 87 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Cozinheira

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 6 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia sozinha, na sua casa, mas até se deitar permanecia numa cozinha de quintal que tem em comum com a filha.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho uma filha, um genro, três netos e uma neta.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar porque a alguns anos tentei-me suicidar e desse acidente fiquei sem uma vista e já não era capaz de fazer as minhas coisas sozinha e então decidi que estava na hora de vir para o lar.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Não tive apoio da minha família quando entrei para o lar, pois tenho uma relação um pouco conflituosa com a minha família.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Não recebo muitas visitas da família, porque tenho uma relação complicada com a minha família.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

Os familiares que me vem visitar ao lar geralmente é o meu genro e ultimamente a minha neta.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

A minha família não tem participado muito na minha velhice, pois como já disse nunca tive uma relação muito estável com a minha família, o que me deixa muito triste mas a vida é assim mesmo.

Entrevista 3

1.Idade: 87 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Empregada de Limpeza

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 3 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia com uma das minhas filhas.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho um filho, duas filhas, uma nora, dois genros, seis netos, um bisneto e cinco irmãos.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar, porque o meu estado de saúde agravou um pouco e a minha filha já não tinha condições de me ajudar no que eu precisava e então vim para o lar.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Tive o apoio de toda a minha família, quando vim para o lar e todos concordaram com esta decisão.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas todas as semanas.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

Os familiares que me vem visitar com mais frequência são os meus filhos e os meus netos, mas tenho uma filha que era onde eu morava que me vem visitar muitas vezes. E a minha nora vejo-a todos os dias porque ela trabalha no lar.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

Toda a minha família tem participado muito na minha velhice, quando eu preciso de alguma coisa estão sempre prontos para me ajudar e estão muito presentes na minha vida e temos todos uma boa relação.

Entrevista 4

1.Idade: 79 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Cozinheira no Ministério do Trabalho

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 5 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia sozinha.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho uma cunhada, um sobrinho, uma sobrinha e filhos dos sobrinhos.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar, porque vivia sozinha e os meus sobrinhos acharam melhor eu vir para o lar, pois já não podia estar em casa sozinha.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Tive o apoio da minha família, os meus sobrinhos é que resolveram todo o processo da minha vinda para o lar, porque eu não queria vir mas eles decidiram que eu tinha de ir para o lar.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas todas as semanas.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

Quem me vem visitar frequentemente é a minha sobrinha, porque ela é que ficou responsável por todos os assuntos do lar e vai muitas vezes ao lar, por isso vejo-a muita vez. O meu sobrinho também me vem visitar mas não é com tanta frequência.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

A minha família tem participado no meu processo de envelhecimento, pois eu perdi o meu marido muito cedo e quando entrei na idade da reforma já estava sozinha e como morava em Lisboa os meus sobrinhos acharam necessário que eu viesse para perto

deles e a opção que era possível era eu vir para um lar e foi o que aconteceu. Por isso a minha família tem participado muito na minha velhice.

Entrevista 5

1.Idade: 80 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Trabalhadora Rural

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 5 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia sozinha.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho duas irmãs, dois irmãos e oito sobrinhos.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar porque residia sozinha e tive um problema de saúde e então tive de vir para o lar, já não era capaz de fazer as tarefas básicas pessoais e de casa.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Tive o apoio de uma irmã e de uma sobrinha, pois elas viram que eu já não podia estar em casa sozinha e elas também não tinham possibilidade de me ajudar e então apoiaram-me para vir para o lar.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Eu no lar não recebo muitas visitas, a minha irmã e sobrinha vem-me buscar para eu ir à casa delas e passo lá alguns dias, por isso o motivo de não receber muitas visitas.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

A minha irmã e a minha sobrinha, com o resto da minha família tenho uma relação distante logo não me vem visitar ao lar.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

A minha família tem participado no processo de envelhecimento (especialmente a irmã e sobrinha), pois estão sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

Entrevista 6

1.Idade: 89 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Empregada de limpeza

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 5 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia sozinha antes de vir para o lar.

7.Quais os membros da sua família?

Os membros da minha família são dois filhos, quatro netos, um genro e uma nora.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar devido a um problemas de saúde grave e a partir daí não conseguia estar sozinha em casa e decidi com a minha família que tinha de vir para o lar.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Sim. Tive o apoio da minha família quando decidi vir para o lar.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas todas as semanas.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

A minha filha visita-me todas as semanas. O meu filho e nora e os meus netos não vêm todas as semanas, mas pelo menos vem sempre uma vez por mês.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

Toda a minha família tem participado na minha velhice, uns mais outros menos, mas todos me ajudam quando eu necessito de alguma coisa.

Entrevista 7

1.Idade: 93 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Trabalhadora rural

5.Há quanto tempo está no lar?

Vim para o lar em 2008, estou cá à 7 anos.

6.Com quem vivia antes da ida para o lar?

Vivia sozinha há muitos anos, porque o meu marido faleceu muito novo.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho dois filhos, um genro, uma neta, um irmão e cinco sobrinhos.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar porque vivia sozinha e como os meus filhos estão longe decidi que já estava na idade de vir para o lar e quando tive vaga entrei.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Não posso dizer que não tive o apoio da família, mas fui eu que decidi sozinha que devia vir para o lar, mas os meus filhos apoiaram-me na minha decisão.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas mensalmente da minha família.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

A minha filha todos os meses me visita, o resto da família é quando podem, porque eles vivem longe e não podem andar sempre a vir ver-me ao lar.

12.A família tem participado no seu processo de envelhecimento?

Todos têm participado nesta fase da minha vida, mas a minha filha é a que tem participado mais, pois quando eu preciso de alguma coisa é a minha filha que me ajuda. Com o meu filho tenho uma relação um bocado distante e então é a minha filha que me ajuda mais.

Entrevista 8

1.Idade: 82 anos

2.Sexo: Masculino

3.Estado Civil: Viúvo

4.Profissão: Pedreiro

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 6 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia com a minha esposa, mas ela faleceu e os filhos decidiram que tinha de vir para o lar.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho três filhos, cinco netos, um irmão, uma cunhada e dois sobrinhos.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar porque a minha esposa faleceu e tenho o problema dos diabetes e estou quase cego e não podia estar em casa sozinho e os meus filhos não queriam que eu estive sozinho e então vim para o lar.

9.Teve apoio da sua família na entrada para o lar?

Tive o apoio dos meus filhos, pois eles não queriam que eu estivesse em casa sozinho e então eu, juntamente com eles decidimos que o melhor era eu vir para o lar.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas diariamente, semanalmente e mensalmente.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

Uma das minhas filhas visita-me todos os dias, a outra minha filha todos os fins-de-semana me vem visitar e o meu filho como vive mais longe só me pode visitar uma vez por mês.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

A minha família e eu somos muito unidos e damo-nos muito bem, por isso a minha família tem participado e muito no meu processo de envelhecimento.

Entrevista 9

1.Idade: 89 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Doméstica

5.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 6 anos.

6.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia com o meu marido.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho dois filhos, duas noras e quatro netos.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar porque como vivia sozinha e estava a entrar numa idade que já não era capaz de fazer as minhas coisas sozinha e então falei com os meus filhos e decidimos que eu vinha para o lar.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Tive o apoio dos meus filhos, das minhas noras e das minhas netas.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas com regularidade e ao domingo vou para cada dos meus filhos.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

Todos os meus familiares me vêm visitar com regularidade.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

A minha família tem participado muito no meu envelhecimento, pois estão sempre todos disponíveis quando eu preciso de alguma coisa.

Entrevista 10

1.Idade: 92 anos

2.Sexo: Feminino

3.Estado Civil: Viúva

4.Profissão: Trabalhadora Rural

5.Com quem vivia antes da vinda para o lar?

Vivia sozinha.

6.Há quanto tempo está no lar?

Estou no lar à 5 anos.

7.Quais os membros da sua família?

Tenho uma filha, duas, netas, três bisnetos, dois irmãos e cinco sobrinhos.

8.Porque razão veio para o lar?

Vim para o lar porque a minha filha achou que era melhor para mim, pois ela achava que não podia estar sozinha, mas eu ao início não queria vir mas hoje em dia foi a melhor opção que a minha filha tomou.

9.Teve o apoio da sua família na entrada para o lar?

Tive todo o apoio, foi a minha filha que me quis meter no lar.

10.Com que frequência recebe visitas da sua família?

Recebo visitas todas as semanas.

11.Quais os familiares que o vêm visitar?

A minha filha vem visitar-me todas as semanas, as minhas netas vêm-me visitar quando podem.

12.A sua família tem participado no seu processo de envelhecimento?

A minha família tem estado presente na minha velhice, pois quando preciso de alguma coisa a minha família, principalmente a minha filha está sempre presente.

